

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT**

**O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM SUBSIDIANDO O**  
**EMPODERAMENTO DO IDOSO COM DIABETES *MELLITUS***

**CURITIBA**  
**2007**

**KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT**

**O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM SUBSIDIANDO O  
EMPODERAMENTO DO IDOSO COM DIABETES *MELLITUS***

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, área de concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt

**CURITIBA**

**2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida

O cuidado gerontológico de enfermagem subsidiando o empoderamento do idoso com diabetes *mellitus*. / Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt: Orientadora Maria Helena Lenardt. – Curitiba, 2007.

185 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná).

1. Geriatria. 2. Idoso. 3. Diabetes *mellitus*. 4. Enfermagem. 5. Promoção da saúde. I. Título.


## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT**

### **O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM SUBSIDIANDO O EMPODERAMENTO DO IDOSO COM DIABETES *MELLITUS***

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:   
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Maria Helena Lenardt  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Angela Maria Alvarez  
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Maria Lourdes Gisi  
Membro Titular: Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

Curitiba, 10 de dezembro de 2007.



## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos amores de minha vida:*

***Gabriela e José Marcos,***  
*pelas minha ausências.*

*Aos meus pais:*

***Leonilda e Aluizio***  
*pelo amor incondicional.*

*Aos meus “novos” amigos*  
*que abriram suas vidas, recordações, sonhos,*  
*medos, aflições e participaram ativamente,*  
*para que eu pudesse concretizar o meu sonho.*

## AGRADECIMENTOS

À **Professora Maria Helena Lenardt** que, nos dois anos de convivência me apoiou, incondicionalmente e incansavelmente, física e espiritualmente. Pela sua paciência e dedicação ao ensinar e compartilhar as suas experiências e conhecimentos, os quais contribuíram, para o meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada pelo carinho e pela grande amizade.

À **Professora Maria de Fátima Mantovani** e **Professora Mercedes Trentini**, pelas imprescindíveis contribuições por ocasião do banca de qualificação.

Aos **idosos diabéticos** pela sua participação e cooperação neste estudo. Agradeço imensamente a acolhida e a gentileza que sempre permeou nossos encontros.

Ao meu esposo **José Marcos Hammerschmidt** e minha filha **Gabriela de Almeida Hammerschmidt**, pela compreensão da minha ausência em tantos momentos, e pelo apoio e carinho sempre presentes.

Aos meus pais, **Leonilda Silveira de Almeida e Aluizio Alfredo Furitatti de Almeida**, que acreditaram em mim, me apoiaram, me incentivaram e me auxiliaram em todos os momentos, principalmente minha mãe que abandonou seus afazeres para me ajudar.

Aos **profissionais da unidade de saúde**, principalmente a autoridade sanitária **Cristina Maria Ferraz**, pela confiança, apoio e incentivo no desenvolvimento do trabalho.

À **Cordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)** pela concessão da bolsa de mestrado.

À minha grande e preciosa amiga e companheira de jornada **Ângela C da Silva Borghi**, pelo apoio e carinho nessa caminhada.

Às **bolsistas do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI)**, pela amizade e apoio em diversos momentos, principalmente a **Scheilla Cristina da Silva** que me acompanhou durante algumas visitas aos idosos, nos momentos que mais precisava.

Ao **Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFPR** pela presteza, organização e apoio quando precisei.

Aos **colegas e professores do Curso de Mestrado em Enfermagem**, foram momentos ímpares tê-los ao meu lado no percurso destas vivências de mestranda. Vocês serão inesquecíveis, cada qual com sua personalidade, o meu carinho e respeito.

A realização desta dissertação de mestrado só foi possível pela colaboração direta e indireta, de muitas pessoas nos vários momentos de sua realização. A todos, meu obrigado!

*Nascer é uma possibilidade,  
Viver é um risco,  
Envelhecer é um privilégio.*  
Marcelo Salgado

*“... Não consideremos os idosos como um grupo à parte,  
mas sim, como nós mesmos seremos no futuro.  
E reconheça-mos que todos os idosos são pessoas individuais,  
com necessidades e capacidades particulares e  
não um grupo em que todos são iguais porque são velhos”.*  
Kofi Annam

## RESUMO

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. **O cuidado gerontológico de enfermagem subsidiando o empoderamento do idoso com diabetes *mellitus***. 2007. 185 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Pesquisa Convergente Assistencial, com objetivo de desenvolver processo de cuidado gerontológico de enfermagem junto aos idosos com diabetes *mellitus* tipo 2 insulino dependentes, visando a promoção da saúde, por meio da estratégia do empoderamento. Participaram seis idosos, cadastrados em unidade de saúde referência ao atendimento do idoso da cidade de Curitiba, PR. O estudo foi desenvolvido em dois cenários distintos; na unidade de saúde e no domicílio. Coletaram-se dados primários, durante a assistência individualizada, visita domiciliar e prática das ações de cuidado gerontológico de enfermagem realizadas, por meio de entrevistas gravadas, questionários e observações. Realizou-se a identificação de características socioeconômicas e clínicas, incluindo aplicação de escalas de avaliação funcional, teste de monofilamento da sensibilidade protetora dos pés, questionário sobre a percepção da doença e sobre ansiedade, concomitante a realização dos cuidados gerontológicos de enfermagem. Para ordenação e análise das informações empregou-se proposição metodológica da análise de conteúdo de Minayo (2003). Emergiram seis temas precursores as ações de cuidado: desconhecimento sobre o diabetes *mellitus* tipo 2, cuidado de si / autocuidado, transgressão alimentar, influências interpessoais, problemas com a medicação, doença assintomática. Em resposta a estes achados foi desenvolvido processo de enfermagem individualizado com os idosos, baseado no NANDA. As intervenções do enfermeiro propostas neste estudo foram baseadas no NIC e envolveram as principais necessidades dos idosos: educação em saúde para redução da ansiedade. Foram desenvolvidas ações de cuidado gerontológico visando atender as necessidades emergentes, desenvolver competências para o empoderamento, com meta de promover a saúde, para este fim foi elaborada, cartilha educativa, álbum seriado, calendário educativo e diário sobre aplicação da insulina e verificação da PA. Como avaliação das ações de cuidado realizadas emergiram os seguintes temas: conhecimento sobre o diabetes mellitus tipo 2, reeducação dos hábitos, atendimento profissional e empoderamento. Também como resultado, houve redução nos níveis pressóricos e glicêmicos da maioria dos idosos deste estudo. É essencial que os profissionais desenvolvam cuidado gerontológico de enfermagem considerando como princípio fundamental envolver o idoso como protagonista e agente crítico, reflexivo e ativo, diante das tomadas de decisões que constituem estratégias centrais em todos os cuidados de enfermagem junto ao idoso com diabetes *mellitus* e o cuidado de si. Acredita-se que nas atividades desenvolvidas devem ser estimulados os sentimentos de confiança mútua, co-responsabilidade, poder compartilhado dentro de uma aliança terapêutica em busca do empoderamento dos envolvidos.

**Palavras chave:** Geriatria; Idoso; Diabetes *mellitus*; Enfermagem; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. **O cuidado gerontológico de enfermagem subsidiando o empoderamento do idoso com diabetes *mellitus***. 2007. 185 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

It is qualitative research, based in Research Convergent Care, in order to develop process gerontológico of nursing care with the elderly with type 2 diabetes mellitus insulin dependent, aimed at promoting health through the strategy of empowerment. Participated six elderly, registered in the unit of reference to the health care of the elderly in the city of Curitiba, PR. The study was conducted in two different scenarios; in the unit of health and at home. Up primary data collected during the individualized care, home visits and practice of the actions of the nursing care gerontológico conducted through recorded interviews, questionnaires and observations. We made the identification of socioeconomic and clinical features, including application of the functional assessment scales, test monofilament sensitivity of the protective toes, questionnaire on the perception of the disease and about anxiety, the realization of concomitant gerontológicos of nursing care. For ordering and analysis of the information used is proposing methodological analysis of the content of Minayo (2003). Six themes emerged precursors actions of care: ignorance on the type 2 diabetes mellitus, care of himself / self, food transgression, interpersonal influences, problems with the medication, asymptomatic disease. In response to these findings was developed with individualized process of nursing the elderly, based on NANDA. The interventions of nurses proposed in this study were based on the NIC and involved the main needs of the elderly: in health education to reduce the anxiety. Have been developed shares of care gerontológico targeting the needs emerging, develop skills for empowerment, with the goal of promoting health, has been drafted for this purpose, educational book, album series, educational and daily schedule on implementation of insulin and verification of the PA. As assessment of the actions of care performed emerged the following topics: knowledge of the type 2 diabetes mellitus, reeducation of habits, care professional and empowerment. Also as a result, there was a reduction in blood pressure levels and glycemic the majority of the elderly in this study. It is essential that professionals develop nursing care gerontológico taking as a fundamental principle involved as the senior player and agent critical, reflective and active, given the decision-making strategies that are central in all nursing care at the elderly with diabetes mellitus and care to you. It is believed that the activities developed to be stimulated the feelings of mutual trust, co-responsibility, shared power within a therapeutic alliance in search of the empowerment of those involved.

**Keywords: Geriatrics; Aged; Diabetes *mellitus*; Nursing; Health Promotion.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- Modelo psicocomportamental e sua influência na autogestão e resultados no diabetes <i>mellitus</i> .....	41
FIGURA 2	- Influência das crenças individuais na percepção da saúde e doença.....	46
FIGURA 3	- Modelo de auto regulação do comportamento de Leventhal.....	48
FIGURA 4	- Articulação da pesquisa e da prática assistencial de enfermagem.....	79
GRÁFICO 1	- Distribuição dos idosos (número absoluto) segundo co-morbidade associada ao diabetes, Curitiba, 2007.....	96
GRÁFICO 2	- Distribuição dos idosos segundo características provenientes do exame físico dos pés, Curitiba, 2007.....	97
GRÁFICO 3	- Controle da glicemia sangüínea individual*, monitorada até 2 horas após alimentação, Curitiba, 2007.....	99

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Valores de glicose plasmática (mg/dl) para o diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> e seus estágios pré clínicos.....	24
QUADRO 2 – Escala internacional de severidade de RD.....	27
QUADRO 3 - Distribuição dos idosos segundo características demográficas, Curitiba, 2007.....	89
QUADRO 4 - Distribuição dos idosos segundo a co-residência, Curitiba, 2007.....	91
QUADRO 5 - Distribuição dos idosos segundo características do tratamento do diabetes mellitus, Curitiba, 2007.....	92
QUADRO 6 - Controle da pressão arterial individual, Curitiba, 2007.....	100
QUADRO 7 - Fatores considerados pelos idosos com diabetes como causadores da sua doença, por ordem hierárquica.....	103
QUADRO 8 - Construção dos códigos identificados nas entrevistas, realizadas com os pacientes diabéticos (ID1, ID2, ID3, ID4, ID5, ID6), Curitiba, 2007.....	106
QUADRO 9 - Construção dos temas extraídos a partir dos códigos encontrados nas entrevistas realizadas com os idosos diabéticos, Curitiba, 2007.....	108
QUADRO 10 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 1 (ID 1).....	114
QUADRO 11 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 2 (ID 2).....	116
QUADRO 12 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 3 (ID 3).....	117
QUADRO 13 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 4 (ID 4).....	118
QUADRO 14 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 5 (ID 5).....	119
QUADRO 15 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 6 (ID 6).....	121

QUADRO 16 - Intervenções realizadas pelo enfermeiro (baseadas no NIC), segundo necessidade dos idosos.....	123
QUADRO 17 - Construção dos códigos identificados nas entrevistas, realizadas com os idosos diabéticos após as ações educativas, Curitiba, 2007.....	130
QUADRO 18 - Construção dos temas extraídos a partir dos códigos encontrados nas entrevistas realizadas com os idosos diabéticos após as ações educativas, Curitiba, 2007.....	131



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	- Atividades Básicas da Vida Diária
ADA	- American Diabetes Association
AIVD	- Atividades Instrumentais da Vida Diária
DIMED	- Divisão de Medicamentos
DM	- Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	- Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	- Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DMID	- Diabetes <i>Mellitus</i> insulino dependente
DMNID	- Diabetes <i>Mellitus</i> não insulino dependente
EPS	- Educação Para a Saúde
FAS	- Secretaria da Ação Social
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IFA	- Federação Internacional dos Idosos
IMC	- Índice de Massa Corporal
MDRTC	- <i>Education Committee of the University of Michigan Diabetes Research and Training Center</i>
NAC	- Neuropatia Autonômica Cardíaca
ND	- Nefropatia Diabética
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Panamericana da Saúde
PAS	- Pressão Arterial Sistólica
PAD	- Pressão Arterial Diastólica
PS	- Promoção da Saúde
PCA	- Pesquisa Convergente Assistencial
RB	- Retinopatia Diabética
SBGG	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TAR	- Teoria da Ação Racional
UKPDS	- U.K. <i>Prospective Study</i>
US	- Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
3.1	DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	20
3.1.1	Fatores de risco.....	23
3.1.2	Sinais e Sintomas.....	23
3.1.3	Diagnóstico.....	24
3.1.4	Complicações crônicas do paciente diabético.....	24
3.1.5	Tratamento.....	35
3.1.6	Adesão no diabetes <i>mellitus</i> .....	37
3.1.7	Papel dos Conhecimentos/Informação no Ajustamento à Doença .....	51
3.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE E GERONTOLOGIA.....	54
3.2.1	História e contribuições da promoção da saúde.....	55
3.3	EMPODERAMENTO: COMO ESTRATÉGIA DE GANHO DE SAÚDE .....	60
3.4	EMPODERAMENTO: UMA ARTICULAÇÃO NO CAMPO DO ENVELHECIMENTO.....	67
3.4.1	Autonomia positiva como um indicador de saúde .....	72
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>77</b>
4.1	MODALIDADE METODOLÓGICA.....	77
4.2	INFORMANTES.....	79
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO.....	80
4.4	PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	80
4.5	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	84
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	84
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>86</b>
5.1	DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS.....	86
5.1.1	O domicílio.....	87
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS.....	89
5.3	PERFIL CLÍNICO E CONTROLE METABÓLICO DOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	92
5.4	SISTEMA DE CONHECIMENTO SOBRE A PATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	102
5.5	TEMAS E SUBTEMAS IDENTIFICADOS NAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS.....	105
5.6	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO....	113
5.7	DESDOBRAMENTOS DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO.....	123
5.8	AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM.....	127
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>134</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>137</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>154</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>182</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional traz novas necessidades e questões fundamentais para os profissionais que cuidam da população idosa. É preciso reconhecer, a partir de uma perspectiva ampla, que o idoso requer cuidados individualizados e personalizados em função dos eventos particulares que o acomete no curso de vida. O cuidado gerontológico neste sentido tem a meta de encorajar a promoção da saúde por meio de medidas que ajudem as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo de maneira rapidamente superior que em qualquer faixa etária e a esta população idosa há o acréscimo das doenças crônicas, também chamadas de agravos não transmissíveis, que figuram como principal causa de mortalidade e morbidade no mundo. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2003) as doenças crônicas são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades.

Os países desenvolvidos já resolveram seus maiores problemas com as doenças transmissíveis, entretanto os países em desenvolvimento ainda precisam reduzir as doenças infecciosas, a desnutrição e as complicações puerperais. Segundo a WHO (2005), o primeiro desafio para estes países, que inclui o Brasil, não são fáceis de implementar, mas aqueles que abordam o desenvolvimento de comunidades, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a participação crescente são frequentemente as mais eficazes para controlar a carga de doenças.

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente neste âmbito (OMS, 2003), no entanto grande parte desta atenção está voltada a problemas agudos e as urgências. Sabe-se que o incremento da atenção dispensada a condição crônica se traduz em um enfoque na aderência de tratamentos de longo prazo.

Os avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar com eficiência as condições crônicas, como o Diabetes *Mellitus* (DM) (OMS, 2003). “Cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e este índice deverá dobrar até 2030” (OPAS, 2003, p. 45).

O aumento da incidência do diabetes nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante, visto que esta patologia é o principal fator de risco para

cardiopatias e doenças cérebro-vasculares e, frequentemente, ocorre associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), que desencadeia outros importantes problemas crônicos.

Quase metade dos diabéticos tem 65 anos ou mais (CARUSO, SILLIMAN, 2001). Na população de idosos de Curitiba, o Diabetes *mellitus* desponta como 6º causa principal de mortalidade e dentre estes, a maioria tem diagnóstico de diabetes tipo 2 (CURITIBA, 1997). A literatura tem apontado que grande parte dos idosos com diabetes tem dificuldade na adesão ao programa terapêutico (controle metabólico, plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa).

O gerenciamento das condições crônicas em muitos casos requer mudança no estilo de vida e no comportamento diário, e o papel central das ações deve estar no paciente e na família. Sendo assim o tratamento eficaz das condições crônicas requer um tipo diferente de sistema de saúde. Os problemas crônicos mais preponderantes, como o diabetes exigem contato regular e extenso durante o tratamento, com envolvimento e participação ativa do idoso no processo de tomada de decisão.

Em face deste panorama a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), através de políticas de Promoção em Saúde (PS), aconselha que os países invistam esforços no sentido de controlar a tendência de aumento do diabetes que, além de trazer custos econômicos e sociais elevados, se reflete no bem estar individual, tornando-se num grave problema de saúde pública.

No âmbito da promoção da saúde “o tratamento para pacientes que apresentam condições crônicas não termina nem começa na porta da clínica. Precisa se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico [...]” (OMS, 2003, p.10). Para gerenciar com sucesso as condições crônicas, os pacientes e seus familiares precisam de auxílio e apoio, principalmente quando se trata dos pacientes idosos.

Entende-se que a família do idoso com diabetes *mellitus*, pode ser compreendida como forte aliada do profissional, pois o modo de se cuidar destes é influenciado por suas concepções de vida, crenças, valores e conhecimentos, que são variáveis integrantes da cultura familiar. Acrescentando a esta vertente as especificidades que os idosos com diabetes vivenciam e a complexidade do processo de cuidar em enfermagem, evidencia-se a importância de envolver e integrar aos princípios da prática gerontológica, a vertente cultural. Caracteriza-se neste projeto a vertente cultural como sendo as abordagens das múltiplas dimensões que compõem o modo de viver de determinados indivíduos envolvendo suas crenças, valores e conhecimentos. Esta abordagem possibilita a aproximação do profissional com o ser idoso, bem como de sua família e contexto de vida deles.

Um dos caminhos para o desenvolvimento do cuidado gerontológico concretizado com a abordagem do idoso enquanto cidadão e protagonista do seu cuidado e ou tratamento é a utilização de algumas das bases filosóficas propostas por Perrenoud. Este autor acredita que é essencial o desenvolvimento de competências, no sentido de “capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação” (PERRENOUD, 2000, p. 15). Acredita-se que o cuidado sugerido, se caracteriza como cuidado empoderador, cujas premissas encontram-se na necessidade de desenvolvimento do processo de cuidar envolvendo a participação e decisão ativa do idoso com diabetes, de modo a desenvolver ações integradas, efetivas, resolutivas, criativas, dialógicas e de empoderamento. No desenvolvimento do cuidado gerontológico com o idoso diabético, confia-se na necessidade de interação, buscando compreender e apreender o modo de viver deste, bem como seus familiares e/ou indivíduos envolvidos no processo.

As ações profissionais quando planejadas com envolvimento e respeito às decisões do idoso, podem propiciar melhores resultados do cuidar. Acrescenta-se ainda a esta questão que, 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento dos pacientes diabéticos são realizados por eles mesmos ou por familiares, sendo assim emerge a necessidade do trabalho do profissional interagindo com o idoso/família (ARAÚJO, 2005).

Nesta vertente o conhecimento e acesso a informações é imprescindível para a tomada de decisão, nisto inclui-se as práticas de *empowerment*, que podem ser consideradas como estratégia básica para a promoção da saúde. Surgem como uma atividade intencional que permite ao indivíduo adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. O *empowerment*<sup>1</sup>, capacita o idoso a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem estar.

O empoderamento, permite a aprendizagem dialógica, o desenvolvimento de consciência crítica na qual o idoso com diabetes encontra sentido para um modo de viver saudável próprio/ autônomo/personalizado. Somente a informação, fornecida nos processos educativos, por si só não vai modificar os comportamentos em relação ao diabetes. Embora, o conhecimento seja uma condição necessária, para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento, outras variáveis como a atitude terão de ser mudadas para que determinado comportamento nocivo seja modificado (CARVALHO, 2002).

---

<sup>1</sup> Neste trabalho utiliza-se a versão para a língua portuguesa – empoderamento.

Numa perspectiva do empoderamento, a educação no diabetes é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e o idoso com diabetes e visa à construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre a doença e suas conseqüências, de forma a que este possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si. É um processo educativo, progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando o idoso em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida. Segundo WHO (2005, p. 37) “uma boa parte dos cuidados que os indivíduos necessitam pode ser proporcionada por eles mesmos”.

Na perspectiva do empoderamento o profissional estimula o idoso a modificar seus comportamentos, através da auto crítica, do desenvolvimento de competências e da motivação para o cuidado da sua saúde. “Envolver os pacientes no processo de tomada de decisão e planejamento do tratamento torna o atendimento as condições crônicas mais eficaz e eficiente” (Holman, Lorig *apud* OMS, 2003, p. 36). No caso do diabetes, o cuidado da saúde representa grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que os pacientes têm que integrar ao seu dia a dia. O auto monitoramento dos níveis de glicose no sangue, a aderência ao tratamento e aptidões ao medicamento, verificações regulares para detectar problemas com os pés, dietas alimentares e atividades físicas constantes constituem preocupações diárias. Nessa condição crônica, as intervenções comportamentais direcionadas para o cuidado de si incitam possibilidades de melhorias nos marcadores biológicos e controle metabólico dos diabéticos.

A proposta deste estudo é desenvolver um fio norteador teórico/prático, que possa subsidiar o cuidado gerontológico de enfermagem. Este trabalho propõe o desenvolvimento de ações de cuidado gerontológico de enfermagem, embasadas no modelo do empoderamento, por entender que este é o método que melhor se aproxima da proposta de estudo e auxilia o idoso com diabetes *mellitus* tipo 2 no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde e o cuidado de si.

Entende-se o cuidado gerontológico de enfermagem como um processo que envolve o idoso num contexto, incluindo a família, interações, cultura, condições, comunidade, em busca da promoção da saúde (HAMMERSCHMIDT, ZAGONEL, LENARDT, 2007). A promoção do cuidado gerontológico de enfermagem envolve a ética, estética e se constrói envolvendo aspectos culturais, sociais, históricos, econômicos, espaciais, ambientais; exige do profissional a compreensão, presença de espírito, habilidade, responsabilidade, capacidade, definição dos limites de atuação; promove a liberdade e a emancipação; desenvolve-se na pluralidade de situações; permite a expressão, a subjetividade, a sensibilidade, o desejo de

quem é cuidado; está pautado pelo respeito mutuo, igualdade, prazer; busca o bem estar e a felicidade do ser cuidado e do cuidador; é um cuidado personalizado, resolutivo, participativo, integrado e digno (HAMMERSCHMIDT, BORGHI, LENARDT, 2006).

Frente ao apresentado, a questão norteadora deste estudo é: **Como desenvolver processo de cuidado gerontológico de enfermagem junto aos idosos com diabetes *mellitus* tipo 2, visando à promoção da saúde?**

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver processo de cuidado gerontológico de enfermagem junto aos idosos com diabetes *mellitus* tipo 2, visando à promoção da saúde, por meio de estratégia de empoderamento.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a população idosa segundo variáveis socioeconômicas e clínicas;
2. Identificar o sistema de conhecimento dos idosos referente ao diabetes *mellitus* tipo 2;
3. Sistematizar ações de cuidado gerontológico de enfermagem junto aos idosos com diabetes *mellitus* tipo 2, com vistas ao empoderamento.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Os subtítulos a seguir versam sobre o diabetes *mellitus* incluindo os fatores de risco, sinais e sintomas, diagnóstico, complicações crônicas e outras alterações; promoção da saúde e a gerontologia, incluindo a história e contribuições e o empoderamento articulando-o com o envelhecimento.

#### 3.1 DIABETES *MELLITUS*

O diabetes é uma doença tão antiga quanto à própria humanidade. As primeiras referências sobre a doença datam de 1.000 anos a.C. e vêm do Egito. Diabetes é uma palavra grega que significa sifão (passagem desordenada de urina através de um meio) e *Mellitus* que é constituída da junção de duas palavras latinas *mell* (mel de abelhas) e *itis* (inflamação) (BIAZZI, 2001).

O diabetes *mellitus* é uma condição patológica, com embasamento genético, influenciável pelas condições ambientais, em que se observam complicações do metabolismo, principalmente a falta de insulina, que é um hormônio produzido em pequena quantidade pelas células *beta* das ilhotas de Langerhans do pâncreas, tem como função disponibilizar glicose as células (CINTRA; RAMOS; VALLE, 1997).

A deficiência de produção e/ou de ação da insulina, leva a um aproveitamento incorreto dos açúcares, das gorduras e das proteínas, que representam as principais fontes de energia do organismo e pode causar sintomas agudos e complicações crônicas características. O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas, que cursa com conseqüências graves, quando surge rapidamente ou mesmo quando se instala lentamente. Uma hiperglicemia crônica vai originar, além dos sintomas clássicos, como a poliúria, polidipsia e perda de peso, um comprometimento vascular, com conseqüentes lesões nos tecidos e órgãos. (CZEPIELEWSKI, 2004; SOUSA, 2003).

Segundo o Consenso Brasileiro sobre Diabetes (2002), a classificação do diabetes se baseia na etiologia da doença: tipo 1 ou insulino-dependentes (destruição da célula *beta* com deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática) e tipo 2 ou não-insulino-dependentes (varia desde predominância de resistência insulínica com deficiência relativa de insulina até defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência).

Os demais tipos específicos são: defeitos genéticos funcionais da célula *beta*; defeitos genéticos na ação da insulina; doença do pâncreas exócrino; endocrinopatias; induzidos por fármacos e agentes químicos; infecções; formas incomuns de diabetes imunomediado; outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes e diabetes gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

A patologia do diabetes é considerada um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Sua ocorrência universal em todas as classes sócio econômicas e independente do gênero vem aumentando em função da urbanização, do sedentarismo, da industrialização, do aumento da expectativa de vida e da ampliação de sobrevida dos diabéticos (FRANCO, 1998).

O número de doentes simplesmente dobrou na última década, especialmente em países em desenvolvimento. Estima-se que a prevalência do diabetes tenha chegado a 120 milhões de pessoas no ano 2000 e que metade dos portadores da doença ignora seu diagnóstico. A previsão para o ano 2025 acusa a assustadora cifra mundial de 300 milhões de diabéticos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2003).

Um estudo chamado Coração do Brasil, abrangendo todas as regiões brasileiras, mostrou que quase 9% da população total tem diabetes (PINHEIRO, 2007). Os diabetes têm incidência 1,4 vezes maior nas mulheres e a prevalência também é 1,8 vezes superior no sexo feminino (FRANCO, 1998).

O diabetes é uma doença metabólica que devido a sua cronicidade e morbidade elevada, implica em grande investimento e em cuidados de saúde constantes que se refletem em elevados custos humanos, econômicos e sociais. A gravidade da doença está relacionada, especialmente, a presença das complicações tardias, sejam circulatórias (macro e microangiopatias), ou neurológicas (neuropatias periféricas e autonômicas).

Como causa de óbito, destacam-se o coma cetoacidótico nos insulino requerentes e com diagnóstico mais recente, a nefropatia diabética nos pacientes com longo tempo de doença. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre os diabéticos não insulino requerentes (LESSA, 1998). A mesma autora salienta que a importância do diabetes como causa de morte é muito subestimada, uma vez que apenas as causas básicas do óbito são analisadas nos estudos epidemiológicos. Quanto verificadas as causas múltiplas, a mortalidade por diabetes aumenta até 6,4 vezes.

O diabetes tipo 1 (DM 1), vulgarmente conhecido como infanto-juvenil ou insulino dependente (DMID), atinge cerca de 10% da população diabética e manifesta-se geralmente em menores de 25 anos de idade, quando ocorre uma acentuada deficiência

insulínica no organismo, sendo nula após alguns anos, tornando-os dependentes do uso terapêutico de insulina. As suas causas, embora ainda não totalmente esclarecidas apontam para uma alteração no sistema imunitário do doente, que desencadeia uma reação auto-imune com destruição das suas próprias células *beta*. Embora podendo diferir, geralmente o seu aparecimento é brusco e, principalmente quando os valores de glicemia já estão muito elevados, os sinais e sintomas como a poliúria, a polidipsia, a polifagia e a perda de peso, podem tornar-se evidentes (SIMÕES, BANDEIRA, 2003; SOUSA, 2003).

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2), conhecido como diabetes não insulínica dependente (DMNID), denominado antigamente como diabetes com início na maturidade, pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais prevalente após os 40 anos (MELO *et al.*, 2003). O DM2 se refere a uma condição em que os indivíduos não dependem da administração de insulina exógena para a sua sobrevivência. A maioria dos pacientes pode ser tratado somente com dieta e antidiabéticos orais. Porém, em condições de estresse e com o decorrer dos anos, a administração de insulina pode ser necessária para se obter bom controle metabólico. Surge habitualmente de forma silenciosa, frequentemente não dando qualquer sinal ou sintoma de forma que quando é diagnosticada (por vezes em análises de rotina), já tem alguns anos de evolução, podendo também co-existirem algumas complicações associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002; SOUSA, 2003).

A grande maioria dos diabéticos da população mundial (90%) pertence ao tipo 2. A deficiência é relativa e a manifestação da doença ocorre geralmente na fase adulta, após os quarenta anos, sendo a obesidade e o sedentarismo fatores comuns na grande maioria dos casos (FRANCO, 1998).

O DM 2 constitui um dos maiores desafios da saúde pública mundial, visto que já existem cerca de 100 milhões de diabéticos no mundo e a estimativa para 2010 é que 216 milhões de indivíduos sejam portadores da doença (CHIPKIN; KLUG; CHASAN-TABER, 2001). O DM 2 é responsável por aproximadamente 90% de todos os casos e as suas complicações comprometem a qualidade de vida assim como a sobrevida do indivíduo (MELO *et al.*, 2003). Além de as pessoas com DM terem o período de vida encurtado, a sua qualidade de vida, bem como a de suas famílias, sofre profundo impacto. É frequente também encontrar injusta discriminação do indivíduo diabético no acesso ao trabalho e aos planos de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

Ainda é importante salientar que 80% (oitenta por cento) dos indivíduos portadores de DM 2 são obesos, apresentam história familiar de diabetes e podem ser assintomáticos ao diagnóstico. O atraso no diagnóstico do paciente predispõe às complicações crônicas, que já

começam a se desenvolver gradualmente pelos efeitos crônicos da hiperglicemia (MELO *et al.*, 2003).

Gomes (2003) afirmou que os resultados mais satisfatórios em longo prazo no controle do diabetes são obtidos com programas de prevenção da obesidade, por meio de mudanças de hábitos alimentares e de aumento da atividade física, frente a um trabalho conjunto de profissionais da saúde, de escola e de familiares.

Viver com diabetes pressupõe a adoção de um estilo de vida ajustado a situação de saúde, exigindo uma alteração e interação nas atividades de vida diária e uma adesão terapêutica permanente e continuada no tempo, porque só assim se evitam as graves complicações decorrentes da doença (Bishop *apud* APÓSTOLO *et al.*, 2007).

### **3.1.1 Fatores de risco**

Chipkin; Klugh; Chasan-Taber (2001) incluíram como principais fatores de risco do diabético: história familiar, idade igual ou superior a 45 anos, obesidade e sedentarismo. O Consenso Brasileiro de Diabetes tipo 2 (2002) inclui também como fator de risco: doença coronariana, HDL-c baixo ou triglicérides elevados, DM gestacional prévio, macrosomia ou história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal, uso de medicação hiperglicemiante (por exemplo: corticosteróides, tiazídicos, betabloqueadores) e hipertensão arterial.

Vários fatores de risco são potencialmente modificáveis, como obesidade e sedentarismo. As ações de prevenção primária devem ser executadas com a participação e o envolvimento da comunidade e das autoridades sanitárias, incluindo ações como educação em saúde, prevenção e correção da obesidade, estímulo à prática de atividade física e precaução na indicação de medicamentos diabetogênicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

### **3.1.2 Sinais e sintomas**

O diabetes pode permanecer assintomático, manifestar-se por sintomas isolados como o prurido vulvar, ou pela síndrome dos 5 “P”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso (PORTO, 2000). Além dos acima citados, os sinais e os sintomas mais presentes no diagnóstico do DM, segundo o Ministério da Saúde (1996), são: redução rápida da acuidade visual, encontro casual de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.

Embora os sintomas “poli” (polidipsia, poliúria e polifagia) sejam considerados por muitos como patognomônicos do diabete, por várias razões não é verdadeiro em idosos. Primeiros, esses sintomas não são específicos e podem ocorrer devido a outras condições. Em

segundo lugar, podem estar ausentes por alterações na função orgânica relacionada à idade ou a doença. Em terceiro lugar, podem estar mascarados por outras condições. Assim confiar neles somente resulta em diagnóstico tanto falso positivo, quanto falso negativo. O desafio para o clínico é manter um alto nível de suspeita e ser prudente na testagem da glicemia (CARUSO, SILLIMAN, 2001).

Os sintomas ou sinais relacionados às complicações crônicas da doença são: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

### 3.1.3 Diagnóstico

Os testes diagnósticos citados por Melo *et al.* (2003) são a medida da glicose no soro ou plasma após jejum de 8 a 12 horas e o teste padronizado de tolerância à glicose ainda por via oral, com medidas de glicose no soro ou plasma nos tempos 0 e 120 minutos após a ingestão:

**QUADRO 1 - Valores de glicose plasmática (mg/dl) para o diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos (MELO *et al.*, 2003).**

CATEGORIAS	JEJUM*	2 H PÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL **
Glicemia de jejum alterada	>110 e < 126	≤ 140 (se realizado)	
Tolerância a glicose diminuída	< 126	>140 <200	
Diabetes	126	200 ou mais	200 (com sintomas clássicos)***

\* Jejum: falta de ingestão calórica de no mínimo 8 horas.

\*\* Glicemia plasmática casual: realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.

\*\*\* Sintomas Clássicos: poliúria, polidipsia, perda de peso inexplicada.

### 3.1.4 Complicações Crônicas do Paciente Diabético

Com a descoberta da insulina por Banting e Best em 1922, os pacientes diabéticos passaram a ter uma sobrevida maior, resultando no aparecimento mais freqüente de complicações vasculares crônico-degenerativas que levaram ao aumento dos estados mórbidos da doença (WILLIAN; TAMBORLANE, 1997).

No decorrer da evolução da doença, o diabético pode apresentar complicações agudas e crônicas. São definidas como complicações agudas aquelas que se manifestam em um curto intervalo de tempo e, quando não tratadas, podem levar o paciente a risco de vida. As

complicações crônicas são aquelas que têm um período evolutivo mais prolongado e se manifestam a partir da associação de complicações já existentes (SETIAN *et al.*, 1995).

As complicações crônicas do diabetes são decorrentes da elevação crônica das taxas de glicose por muitos anos (hiperglicemia), gerando danos em nível micro e macrovascular (RIOS; DURRUTY, 1992). A hemoglobina glicosilada (HbA1c) representa o principal indicador glicêmico usado para determinar o tratamento do diabético. Ela indica o controle glicêmico de um paciente nos últimos 2 - 3 meses. A HbA1c é formada quando a glicose no sangue se liga irreversivelmente à hemoglobina, para formar um complexo estável de hemoglobina glicosilada. Os valores da HbA1c não estão sujeitos às flutuações observadas no monitoramento diário da glicose no sangue (GOLDSTEIN *et al.*, 2003).

A piora gradual da glicemia de jejum ao longo do tempo caracteriza a natureza progressiva do DM, fazendo com que haja necessidade de aumentar a dose dos medicamentos e acrescentar outros no curso da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002). Porém é importante mencionar que o controle metabólico rigoroso, obtido através da monitorização glicêmica e terapêutica intensivas é capaz de reduzir e impedir as complicações crônica do diabetes (CASTRO; GROSSI, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira e 10% deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% apresentarão algum grau de retinopatia, 10 a 20 % de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10% a 25% de doença cardiovascular (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

As principais complicações crônicas do diabetes podem ser divididas em três categorias: microangiopatia, neuropatia e macroangiopatia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). A microangiopatia acomete os pequenos vasos sangüíneos (capilares), associada de forma mais ou menos específica com o diabetes; manifesta-se na clínica principalmente na retina (retinopatia diabética) e nos rins (nefropatia diabética).

A neuropatia diabética pode se manifestar tanto por deficiência neurológica periférica como por disfunção autonômica. A macroangiopatia consiste principalmente em enfermidade aterosclerótica acelerada dos grandes vasos sangüíneos (artérias), manifestada na clínica principalmente nas artérias coronárias, cerebrais e periféricas de extremidades inferiores.

Hoje sabemos que a manutenção de taxas de glicemia o mais perto da normalidade, que devem ser medidas por meio da realização regular da medida da glicose no sangue capilar, além do teste de hemoglobina glicosilada (HbA1c), protegem o paciente do surgimento e/ou da progressão dessas complicações (DIABETES CONTROL AND

COMPLICATIONS TRIAL (DDCT); EPIDEMIOLOGY OF DIABETES INTERVENTIONS AND COMPLICATIONS RESEARCH GROUP - EDIC, 2001).

Uma das complicações crônicas do diabetes é a **Retinopatia Diabética (RD)**. A RD é uma complicação do diabetes resultante de mudanças nos vasos sanguíneos da retina, podendo causar uma hemorragia no interior do olho, levando a uma diminuição da capacidade visual. Quanto maior é o tempo de duração do diabetes, maior é o risco de se desenvolver a RD (ALVES, 1995).

Pode-se dizer que a RD tornou-se um problema de saúde pública de grandes proporções a partir dos anos 60, e é uma das complicações crônicas mais comuns do DM, figurando hoje entre as principais causas de cegueira em adultos (GRAZIANO; WAJCHENBERG; SILVA, 1992).

Nos pacientes com DM 1, a prevalência da RD fica entre 5 a 7% dos 3 aos 5 anos de diagnóstico da doença, aos 7 anos pode chegar quase a 50% e passados 15 anos atinge 80 a 90% dos casos (RAMIREZ; DUQUE, 1992). Nos com DM 2, devido ao atraso no diagnóstico do diabetes, a RD pode já existir e ser inclusive a causa do diagnóstico, variando as cifras entre 34% nas mulheres e 39% nos homens (KOHNER *et al.*, 1998). Verifica-se a prevalência mais elevada nos indivíduos com DM 2 o que deve ser considerado e investigada com ênfase constante nestes pacientes.

Segundo Cella; Freitas Filho (2001), em um estudo retrospectivo em que foram analisados 117 prontuários de pacientes portadores de DM 2, encontraram como principais fatores de risco da RD o tempo de duração do diabetes, os níveis séricos elevados de uréia e a pressão arterial diastólica elevada.

Os tecidos oculares comprometidos pelo DM incluem a córnea, o cristalino e a retina. A alteração ocular mais importante causada pelo DM ocorre no tecido retiniano em aproximadamente 30% dos casos, podendo ocorrer com frequência também a catarata e o edema macular (GRAZIANO; WAJCHENBERG; SILVA, 1992).

Ramirez e Duque (1992) citam que as alterações na retina do diabético são causadas por alterações celulares, capilares e anormalidades neurosensoriais. Podendo-se estabelecer uma seqüência destas alterações celulares e capilares, não necessariamente todas presentes nem na mesma ordem, são elas: alterações da permeabilidade capilar, espessamento da membrana basal, diminuição do número de perícitos e dano endotelial, obstrução capilar, microaneurismas, pequenas hemorragias, edema e exudato, anormalidades microvasculares retinianas, vasoproliferação.

A RD é uma manifestação ocular progressiva, bilateral e simétrica no seu grau evolutivo. Clinicamente pode ser dividida em duas formas: RD forma simples (não proliferativa) e RD forma proliferativa.

**QUADRO 2 - Escala internacional da severidade da RD (Fong *et al.* apud FREITAS, 2005).**

NÍVEL DE SEVERIDADE DA DOENÇA	ACHADOS ENCONTRADOS COM O OFTALMOSCOPIA APÓS DILATAÇÃO
Sem retinopatia aparente	Sem anormalidades
RD não proliferativa leve	Somente microaneurismas
RD não proliferativa moderada	Mais do que microaneurismas, menos do que RD não proliferativa severa
RD não proliferativa severa	Qualquer um dos achados: > 20 hemorragias intrarretinianas em cada 4 quadrante veias em rosário em 2 + quadrantes proeminências anormalidades de Microaneurisma intrarretiniano sem sinal de RD proliferativa em 1 + quadrante
RD proliferativa	Um ou mais dos seguintes achados: Neovascularização Hemorragia vítrea/peretina

Fonte: FREITAS, 2005

O exame rotineiro do fundo de olho pode detectar essas alterações precocemente, propiciando a chance de tratamento com fotocoagulação a laser em fases ainda iniciais da doença (ALVES, 1995).

Outra complicação é a **Nefropatia diabética (ND)**, constitui-se de alterações nos vasos dos rins, fazendo com que haja perda de proteína na urina. É uma situação em que o órgão pode reduzir sua função lentamente, porém de forma progressiva, até a paralisação total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

No DM 1, a insuficiência renal progressiva ocorre em cerca de 50% dos pacientes. No DM 2, observa-se uma frequência menor, nos indivíduos brancos a prevalência é de 5 a 10%; em índios americanos e negros eleva-se, aproximando-se da frequência do grupo de portadores de DM 1 (DICHTCHEKENIAN; HEIMANN, 1995). A importância da complicação da ND transcende e vai mais além da afecção renal em si mesma; a ND determina, entre outros aspectos, a coexistência em uma porcentagem muito elevada de outros fatores de risco, como o desenvolvimento de arteriosclerose acelerada e um incremento no risco cardiovascular (GONZALEZ, 2003). A ND é caracterizada pela albuminúria, pela hipertensão e por um progressivo declínio da filtração glomerular (AMOS; McCARTY; ZIMMET, 1997).



Na fase inicial da ND, aparecem pequenas quantidades de proteína (albumina) na urina (detectada através do exame de microalbuminúria). É comum que nesse estágio ocorra, também, o aumento da pressão arterial (hipertensão). Essa situação pode levar à insuficiência renal avançada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

A ND apresenta características clínicas distintas em três estágios evolutivos: nefropatia incipiente ou fase de microalbuminúria, nefropatia clínica ou fase de macroalbuminúria e insuficiência renal terminal, uremia (RUIZ, 1992), a saber: nefropatia incipiente, surgimento de pequenas quantidades de albumina na urina (microalbuminúria). Aparece depois de 10 a 15 anos de evolução da doença com um mau controle metabólico; nefropatia clínica, apresenta macroalbuminúria (300 mg/24h ou 200 mg/min) e está presente nos pacientes diabéticos tipo 1 num período de 15 a 20 anos da evolução da doença; em alguns casos, encontra-se associada à hipertensão arterial e à retinopatia diabética; insuficiência renal terminal, alcança-se o período urêmico, a taxa de filtração glomerular vai decaindo (1,0 ml/min/mês), manifesta-se depois de 20 a 30 anos de evolução do diabetes. O paciente evolui de um estado clínico de sintomas mínimos até uma deterioração importante e rápida devido a complicações retinianas, cardiovasculares, vasculopatia periférica, insuficiência cerebrovascular e progressão da neuropatia diabética (RUIZ, 1992).

Pestalozzi *et al.* (1992) alertam que a microalbuminúria seria um índice confiável de diagnóstico e prognóstico da nefropatia inicial, os diabéticos podem desenvolver ND, sendo freqüentemente mais dramática e com estágios mais definidos nos jovens insulino-dependentes. Entretanto, o quadro clínico (uma vez instalada a ND), não é diferente nos dois grupos. A microalbuminúria é um marcador estabelecido de risco cardiovascular e mortalidade em indivíduos DM 1 e DM 2 (FAGERUDD *et al.*, 2004).

Outra complicação é a **neuropatia diabética**, que consiste no envolvimento do sistema nervoso, exceto o cérebro, no curso do diabetes. Os danos no sistema nervoso causados pelo diabetes também podem resultar em alterações digestivas, cardíacas e sexuais, causando indigestão, diarreia ou constipação, vertigem, infecções na bexiga e impotência (WAJNGARTEN; SILLOS, 2001).

Trata-se da mais importante causa de coma em pacientes diabéticos. Sua relevância deve-se mais à gravidade que o quadro pode assumir do que a sua freqüência. Em certas circunstâncias pode evoluir de maneira fatal, representando 16% de todas as causas de mortalidade em diabéticos (DIAS, 1995).

A prevalência da neuropatia diabética varia de 10% antes de 1 ano de diagnóstico de diabetes a 50% em pacientes com 25 anos ou mais de diagnóstico. Dos diabéticos, 60% têm

alguma forma de neuropatia, embora 30 a 40% dos pacientes não apresentam nenhum sintoma (SIMA, 2004).

Saraiva (1992) cita que a neuropatia diabética pode se apresentar sob várias formas clínicas, entre elas:

- 1 - Neuropatia Diabética Periférica (Difusa), que pode afetar toda parte do corpo, incluindo: membros inferiores e superiores.
- 2 - Neuropatia Autonômica (Difusa), que pode acometer: coração, sistema digestivo, órgãos sexuais, aparelho urinário, glândulas sudoríparas.
- 3 - Neuropatia local, que pode acometer: olhos, nervos cranianos, ouvido, pélvis, coxa e tronco.

As manifestações clínicas mais comuns do acometimento do sistema nervoso periférico são as sensações de formigamento ou queimação em "formato de bota" nas pernas, mais intenso durante a noite. É uma alteração provavelmente secundária à menor irrigação sangüínea dos nervos, entre outras causas (BRAUNWAD *et al.*, 2002).

A neuropatia autonômica manifesta-se de diversas maneiras face à distribuição anatômica do sistema nervoso autônomo, levando a desordens clínicas: gastrointestinal, geniturinário, cardiovascular, distúrbio do tônus das vias aéreas superiores e controle respiratório, autonômicas periféricas, hipoglicemias (WAJNGARTEN; SILOS, 2001).

Quando o sistema acometido é o cardiovascular, ela é conhecida por neuropatia autonômica cardíaca (NAC) e o índice de mortalidade supera 50% nos primeiros três anos após suas manifestações iniciais (WAJNGARTEN; SILOS, 2001). No sistema cardiovascular, a perda do controle simpático pode levar à hipotensão postural, que se manifesta por tonturas, distúrbios visuais ou síncope. Pode ser encontrada em até 30% dos pacientes com neuropatia autonômica diabética (SCHAAN; NEUMANN; SCHMID; 1999).

De Angelis *et al.* (2002) assinala que a NAC é associada com alta mortalidade e morbidade, afeta a modulação do nó sino atrial, com redução da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). A NAC pode ser detectada no mínimo em ¼ dos diabéticos tipo 1 e em 1/3 dos diabéticos tipo 2; em alguns casos, a disfunção autonômica pode estar presente logo no momento da manifestação do diabetes (ZIEGLER, 1994).

A morte súbita relacionada a eventos cardiovasculares ocorre com frequência nos pacientes com neuropatia autonômica diabética grave e com disfunção simpática, que determina hipotensão postural, frequentemente na presença de hipertensão arterial de decúbito, a qual pode ser facilmente identificada clinicamente (SCHAAN; NEUMANN; SCHMID; 1999).

A presença de NAC também vem sendo relacionada com miocardiopatia isquêmica silenciosa, que se apresenta em mais de um terço dos casos de DM. Estudos realizados por Langer *et al.* (1995) demonstraram que a inervação simpática cardíaca está reduzida em pacientes diabéticos tipo 2 portadores de miocardiopatia isquêmica silenciosa. A ausência de sintomas nesses pacientes em associação com miocardiopatia isquêmica pode ser resultado da difusa denervação no início da disfunção autonômica diabética envolvendo as vias aferentes simpáticas que formam a parte mais distal do trajeto dos receptores da percepção da dor do coração para o trato espinotalâmico, talamus e córtex.

Os mecanismos da neuropatia não são totalmente conhecidos. Sabe-se que a hiperglicemia leva a um aumento da formação e do acúmulo de sorbitol dentro das células nervosas; assim, a osmolaridade intracelular aumenta, gerando lesão das células nervosas, com redução da velocidade de condução. Essas alterações são reversíveis com a normalização da glicemia (BRAUNWAD, *et al.*, 2002).

Segundo Revorêdo, Bandeira (2003), como medida preventiva, deve-se procurar o controle glicêmico rigoroso para reduzir o risco de desenvolvimento e de progressão da neuropatia autonômica diabética, assim como as complicações crônicas microvasculares que cursam com a doença.

E também existem as **alterações cardiovasculares**. O endotélio tem papel regulador de diversas funções da vasculatura: mantém o tônus vascular, controla o fluxo sanguíneo e mantém uma superfície endotelial não aderente (WAJNGARTEN, 2001).

Oliveira; Wajchenberg (2003) observou que nos DM 2 ocorrem disfunção e anormalidades anatômicas do endotélio. A disfunção endotelial micro e macrovascular foi percebida nas fases iniciais da doença, mesmo antes do aparecimento da hiperglicemia, tendo papel fundamental no acometimento aterosclerótico macrovascular, e possivelmente está associada à inflamação e à resistência à insulina. A interação inflamação, aterosclerose e diabetes sugere a contribuição do processo inflamatório na patogenia de ambas as doenças.

As células endoteliais são importantes no desenvolvimento e na maturação das coronárias colaterais. Abaci *et al.* (1999) estudaram a relação entre diabetes *mellitus* e formação de coronárias colaterais em pacientes com doença arterial coronariana. Perceberam que a alta concentração de glicose causa disfunção endotelial, refletindo numa baixa prevalência da circulação colateral nos pacientes diabéticos estudados.

A aterosclerose no diabético é caracterizada por: aumento da mortalidade por eventos coronários, trombooses e reestenoses seguidos de revascularização invasiva, eventos coronários recorrentes e necessidade de intervenção multiterapêutica para controle glicêmico (GARBER,

2003). O impacto do DM na doença arterial coronariana é aproximadamente duas vezes maior na mulher do que no homem. Diabetes é associado com aumento de quatro a cinco vezes na doença coronariana em mulher, comparada com duas a três vezes mais no homem. Após 12 anos de diabetes, as mulheres têm índice de mortalidade por doença coronariana similar a homens não diabéticos. Somando-se a doença macrovascular, as mulheres diabéticas possuem, ao longo do tempo, risco de complicações microvasculares, levando a aumento de risco na gestação (DORNHORST; ROSSI, 1998).

A hipertensão arterial é freqüente no diabético e é um importante fator de risco cardiovascular, principalmente pelo risco de predispor ao desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais, eventos coronarianos e acometimento de outros territórios vasculares (SAFAR, 2004). O DM somando-se a hipertensão arterial, obesidade, hiperlipidemia, sedentarismo e tabagismo, é um dos fatores de risco mais importantes identificados na doença aterosclerótica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Segundo Cavinatto (2003), o DM é um fator de risco independente para o desenvolvimento de doença arterial coronariana. Fatores como longo período de doença, falta de controle da hiperglicemia e presença de retinopatia são associados com alto risco de eventos vasculares.

Complicação comum nos diabéticos é o **pé diabético**, que é o termo usado para designar as diversas lesões que podem ocorrer no pé do indivíduo diabético. Consistem em lesões cutâneas e de planos profundos relacionados a alterações neuropáticas, vasculares, ortopédicas, infecciosas e funcionais do diabético (ARRAES *et al.*, 2006).

As lesões freqüentemente são resultado da associação entre dois ou mais fatores de risco. Os fatores de risco do pé diabético são: idade superior a 40 anos; diabetes com mais de 10 anos de duração; diminuição dos pulsos arteriais ou hipoestesia; presença de ulcerações ou amputações prévias; as lesões são manifestações de fases tardias do diabetes, muito pouco freqüentes na criança e no adolescente, sendo características do diabético na idade adulta (SETIAN *et al.*, 1995). Segundo o Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (PEDROSA, 1999), 85% das amputações dos membros inferiores dos pacientes diabéticos é precipitadas por úlcera nos pés; aproximadamente a prevalência dessas úlceras na população é de 4 a 10%, quatro entre cinco úlceras são precipitadas por trauma externo.

Na neuropatia diabética as fibras sensitivas, motoras e autonômicas são afetadas, levando à perda da sensibilidade dolorosa, da percepção da pressão, da temperatura e da propiocepção, favorecendo as ulcerações. Observam-se atrofia e enfraquecimento dos músculos intrínsecos do pé, deformando-os em flexão dos dedos e em um padrão anormal da

marcha. É possível encontrar redução da secreção sudorípara, fato que resseca a pele dos pés, causando rachaduras e fissuras (PEDROSA, 1999).

A perda da sensibilidade protetora, a limitação da mobilidade das articulações, as deformidades dos pés, o padrão anormal da marcha, o trauma repetitivo causado pela caminhada formarão calos que resultarão em úlceras que podem chegar à necessidade de amputações (PEDROSA, 1999).

No Brasil, a taxa de incidência de amputações de membros inferiores relacionadas ao diabetes é de 180/100.000 pacientes, representando um risco de ocorrência destas 100 vezes maior entre os diabéticos (GROSS; NEHME, 1999). Na maioria dos casos, as lesões dos membros inferiores podem ser evitadas e 50% das amputações podem ser prevenidas através da implementação de ações educativas para profissionais, para os diabéticos e familiares (PEDROSA, 1999). Sendo assim ressalta-se a importância do trabalho de estímulo junto ao idoso para o desenvolvimento de competências com vistas ao empoderamento, a ser realizado entre o enfermeiro e o idoso com diabetes, no intuito de prevenir riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

Dentre **outras alterações do diabetes**, destacam-se as auditivas. A audição é um dos sentidos mais importantes para a vida do ser humano, sendo a chave para a linguagem oral e também uma forma de sentir o mundo (YAMAGUCHI; GUEDES, 2004).

Os pacientes com alteração do metabolismo da glicose podem apresentar sintomas auditivos, vestibulares ou mistos. São propostos os seguintes mecanismos: interferência no transporte de nutrientes através de paredes capilares espessadas, redução do fluxo por meio de vasculatura estreitada, acometimento neuropático do VIII par craniano (BITTAR *et al.*, 1998).

As perdas auditivas podem ser de grau leve (a pessoa escuta, mas às vezes não entende), de grau moderado (a pessoa só escuta em algumas situações, e com aparelho), de grau severo e profundo (a pessoa escuta somente com a ajuda de aparelhos, que são às vezes insuficientes) (YAMAGUCHI; GUEDES, 2004).

Marchiori e Gibrin (2003) analisaram a presença de queixa e perda auditiva em 36 pacientes com diabetes e em 36 pacientes sem a doença por meio de audiometria. Concluíram que a acuidade auditiva em 97,2% dos pacientes com diabetes mostrou-se neurosensorial e encontraram uma associação direta entre perda auditiva e diabetes.

Há também as manifestações bucais. A saúde bucal dos brasileiros constitui um grande desafio aos princípios do SUS, principalmente ao que se refere à universalização e à equidade do atendimento (GOMES *et al.*, 2004). A cárie dentária ainda se configura em um dos principais problemas de saúde bucal a serem equacionados.

A Organização Mundial de saúde (1991) preconiza que o Índice CPOD é utilizado para medir a prevalência de dentes cariados, perdidos e/ou obturados, baseado em dentes permanentes, permitindo um levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal de um determinado grupo ou população, fundamental em programas de odontologia social para calcular a quantidade de trabalho, o custo provável e a mão-de-obra para realizar um programa.

Gregghi (2002) afirmou que pacientes portadores de DM, dependentes ou não, de insulina exógena, apresentam um fator de risco para maior prevalência e severidade da doença periodontal, favorecendo a perda dentária.

Tem sido reconhecida a associação de distúrbios bucais com diabetes, apresentando maior gravidade nos diabéticos não controlados. Embora a sua manifestação bucal mais freqüente e grave seja a doença periodontal, são relatados outros sinais e sintomas, como: xerostomia, ardor na mucosa, glossodinia, quelites, candidose, líque plano, gengivite, ulcerações na mucosa bucal, hálito com odor de acetona, retardamento na reparação dos tecidos bucais (BORDINI, 1999).

Outra manifestação do DM é a obesidade, definida como excesso de gordura corporal, representa a doença metabólica atualmente mais difundida mundialmente e é encontrada em 35% das mulheres e em 32% dos homens norte-americanos; no Brasil, está presente em 13,3% das mulheres e em 5,55% dos homens. Tudo isso provavelmente decorre de uma mudança comportamental de hábitos alimentares e menor prática de atividade física na sociedade moderna (LYRA *et al.*, 2003).

No DM 2, a obesidade é o mais importante fator de risco, com prevalência maior em torno de 2,9 vezes em indivíduos com idade entre 20 e 75 anos e de 3,8 vezes nos indivíduos entre 20 e 45 anos de idade. A morte por doenças cardiovasculares é de 50% maior em indivíduos obesos e 90% maior em pacientes com obesidade grave. Sabe-se que 60% dos obesos possuem hipertensão arterial sistêmica (LYRA *et al.*, 2003).

A Organização Mundial de Saúde classifica a obesidade por meio do índice de massa corpórea (IMC), que se obtém dividindo-se o peso em quilo pela altura em metro do indivíduo, elevada ao quadrado (MARTINEZ; NOVAZZI; VALE, 1996).

O acúmulo excessivo de gordura corporal é um fator de risco para a saúde, porém outro fator a considerar é a distribuição regional dessa gordura corporal. A medida de circunferência abdominal expressa grosseiramente o acúmulo de gordura visceral, que está associado a um maior risco de doença aterosclerótica. A medida permite-nos identificar portadores de obesidade androgênica. Risco muito aumentado: medida de cintura > 88cm

mulheres e  $> 102$  nos homens (III DIRETRIZES BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2001).

As pessoas com gordura excessiva no tronco em comparação com a parte inferior do corpo têm alto risco de vir a desenvolver a doença cardíaca coronariana. A relação entre a circunferência da cintura e do quadril é também uma medida simples desse fator de risco (ROSMOND, 2005).

Segundo Dorhnorst (1998), estudos epidemiológicos enfatizam que a obesidade é o maior fator contribuinte para o desenvolvimento do DM 2 em mulheres. Em 1800 casos diagnosticados de DM 2, no UK Prospective Diabetes Study (UKPDS), 41% das mulheres eram obesas comparadas com 21% dos homens.

Sone *et al.* (2004), em recente estudo realizado no Japão, mostraram que a obesidade parece não ser fator de risco para os diabéticos visto que os japoneses portadores de DM 2 não são obesos. Afirmaram ainda que no UK Prospective Diabetes Study os pacientes desenvolvem obesidade ingerindo menos caloria do que os pacientes do Japan Diabetes Complications Study.

O IMC foi o fator determinante mais importante da resistência à insulina em DM 2. Os cientistas sugerem a possibilidade de reclassificação de obesidade para os asiáticos. Estudos realizados por Scherrer *et al.* (1994) comprovaram que a obesidade é o maior determinante da descarga nervosa simpática de repouso. A ativação simpática pode contribuir para aumento da resistência vascular sistêmica e hipertensão. A ativação simpática provoca aterosclerose e aumento da agregação plaquetária. A obesidade pode representar um mecanismo importante para o aumento da incidência de complicações cardiovasculares nos indivíduos.

Valensi; Paries; Attali (2003) avaliaram 396 pacientes diabéticos (245 DM 1 e 151 DM 2) e perceberam que, nos pacientes diabéticos tipo 2, a prevalência de NAC nos obesos com índice de massa corpórea maior que 30Kg/m<sup>2</sup> foi significativamente maior que nos pacientes com índice de massa corpórea inferior a 30Kg/m<sup>2</sup>. Segundo Chipkin; Klugh; Schachan-Taber (2001), o envolvimento genético da combinação da resistência à insulina e a secreção inadequada de insulina no DM 2 apresenta-se mais rapidamente quando existe obesidade resultante de maus hábitos alimentares e sedentarismo como estilo de vida.

Considerando a freqüente associação do excesso de peso nos pacientes diabéticos, o tratamento "agressivo" da obesidade é parte essencial do acompanhamento desses pacientes. Pequenas reduções de peso (5 a 10%) se associam à melhora significativa nos níveis pressóricos e nos índices de controle metabólico e reduzem a mortalidade relacionada ao DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

Loimaala *et al.* (2003) afirmaram que o exercício físico regular produz efeito benéfico na função autonômica dos diabéticos e pode ter importância na prevenção da morte súbita desses indivíduos. A aderência aos programas de exercício para os indivíduos sedentários e obesos possui uma importância clínica no tratamento profilático dos DM 2. Ainda cabe ressaltar a importância da educação em saúde, visando à prevenção ou orientações para redução de obesos e consequentemente proporcionando possíveis melhorias na qualidade de vida dos idosos diabéticos.

### 3.1.5 Tratamento

Um dos primeiros objetivos no tratamento do diabetes é a manutenção dos níveis de glicemia nos limiares dos valores desejados, de modo a prevenir a descompensação aguda (hipoglicemia, cetoacidose), evitando ou minimizando os riscos de complicações tardias. De modo geral, este controle glicêmico exige que o diabético modifique o seu estilo de vida podendo esta alteração ser muito penosa para ele. Por esta razão, é importante que o diabético seja acompanhado por uma equipe de saúde multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, na qual ele próprio faça parte dessa equipe desempenhando papel ativo no tratamento (SOUSA, 2003).

A American Diabetes Association (ADA) preconiza que todo o plano de tratamento a instituir, deve ser individualizado, resultando de um esforço comum entre o diabético, a sua família e a equipe de saúde. Enfatiza ainda que o componente educativo deve fazer parte integral do plano, mediada através de fatores como idade do diabético, escolaridade, condições de vida, entre outras. Deste modo, os objetivos do diabético serão traçados em conjunto e de acordo com a condição do doente (American Diabetes Association, 2002 b).

O tratamento para a pessoa com diabetes baseia-se no uso de hipoglicemiantes orais, insulina, automonitoramento, dieta associada a exercícios, aderência a programas educativos ou de *home care* com profissionais capacitados (PORTERO; CUELHAR, 2004).

O tratamento do diabetes tipo 1 e 2 pode diferir: no diabetes tipo 1, o tratamento com insulina injetável é imprescindível, enquanto que no tipo 2, a dieta, o exercício, e por vezes os antidiabéticos orais poderão ser suficientes, sendo necessário somente em alguns casos recorrer a insulina (SOUSA, 2003). “O esquema terapêutico no diabetes, assenta-se basicamente na chamada tríade terapêutica, que integra a alimentação, o exercício físico e a medicação” (SOUSA, 2003, p. 25). Segundo Duarte (2002); Figueirola (1997) estes três pilares assumem igual importância e o desequilíbrio de um deles reflete diretamente nos outros, impedindo que o tratamento seja eficaz.



Brandle *et al.* (2003) realizaram um estudo com o objetivo de descrever o custo médico associado ao tratamento de diabéticos tipo 2. Observaram que a média anual direta do custo médico com dieta controlada, IMC de  $30\text{Kg/m}^2$ , sem complicações microvascular, neuropática e macrovascular foi de \$ 1700 (dólares) para homens brancos e de \$ 2100 (dólares) para mulher branca. Cada aumento no IMC de  $10\text{Kg/m}^2$ , com antidiabético oral ou agente antihipertensivo, doença renal, doença cerebrovascular e doença vascular periférica foi associado a um aumento no custo de 10 a 30%. Para indivíduos que fazem uso de insulina, angina, e infarto do miocárdio, o aumento no custo foi de 60 a 90%.

De modo geral, o plano alimentar do indivíduo diabético deve ser baseado, na medida do possível, em alimentos sem açúcar, pobres em gorduras, incluindo leites desnatados e seus derivados, carnes magras, saladas variadas e cereais. A dieta deve ser fracionada em várias refeições, evitando o jejum, que se apresenta potencialmente prejudicial ao controle metabólico. O estilo de vida saudável (prática de atividade física e alimentação equilibrada) representa um fator decisivo na saúde do diabético (PORTERO; CUELHAR, 2004).

Embora o tratamento do diabetes tenha-se tornado cada vez mais sofisticado, com medicações, equipamentos e reconhecimento dos pacientes e profissionais da saúde sobre a gravidade da doença, ainda é difícil o equilíbrio dos níveis glicêmicos dos pacientes. Isto ocorre por inúmeros fatores, entre eles talvez se encontre a ausência de conscientização sobre a patologia, fatores de risco e possíveis prevenções de complicações.

Destaca-se a necessidade de se trabalhar com populações jovens, na tentativa de criar, e não modificar, o estilo de vida da população, onde se inclua no processo a família e a comunidade em que esses indivíduos estejam inseridos (BRANDÃO *et al.*, 2004). Muitas das complicações podem receber tratamentos específicos, que permitem um maior controle de suas evoluções, reduzindo o impacto desfavorável sobre a morbimortalidade dos indivíduos e melhorando a sua qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

Assim, a educação torna-se o aspecto mais importante no controle do indivíduo com diabetes, pois esta interage simultaneamente com os três pilares da tríade terapêutica (alimentação, exercício físico e medicação), sendo a sua base de sustentação. Pelo fato do diabetes estar fortemente associado ao estilo de vida, é uma doença que exige bastante do indivíduo, pois como já referido, o seu tratamento não se limita a somente tomar a medicação prescrita, mas são essenciais comportamentos e hábitos saudáveis.

### 3.1.6 Adesão no Diabetes *Mellitus*

O tratamento do diabetes geralmente exige mudanças complexas nos comportamentos diários do paciente e a adesão a regimes complexos (POLONSKY, 1993). Esses regimes são multifacetados, constituídos por vários componentes os quais por si só podem contribuir para inúmeras barreiras (BRADLEY, 1997). Pelo fato de exigir uma participação ativa e até fora do habitual por parte do diabético, é de esperar uma fraca adesão. Estudos recentes referem níveis elevados de não adesão: 80% dos diabéticos não administram regularmente a sua insulina, 35 a 75% não seguem corretamente a dieta aconselhada e 43% não monitorizam regularmente a glicose na urina (Kurtz *apud* POLONSKY, 1993).

Na globalidade, as conclusões dos trabalhos realizados neste âmbito, revelam que existe uma grande taxa de não adesão e que esta varia no caso de diabéticos *mellitus* tipo 1 (DMID) e diabéticos tipo 2 (DMNID). Os diabéticos não monitorizam a glicose no sangue com a frequência, a cooperação na dieta também é um problema frequentemente encontrado. Aliás, alguns aspectos do tratamento do diabetes, como a mudança de hábitos alimentares e de atividade física, são mais difíceis de mudar do que outros, como tomar a medicação ou insulina (GLASGOW *et al.*, 1997; GOLIN, DIMATTEO & GELBERG, 1996). Devido a esta complexidade, a adesão do diabético deverá ser perspectivada como um *continuum* e não em termos de sucesso ou insucesso (GLASGOW & ANDERSON, 1999).

Muitos são os estudos nesta área que se têm debruçado sobre a adesão dos diabéticos ao regime terapêutico. No entanto, várias dificuldades metodológicas têm sido apontadas pela literatura em geral: a ausência de índices fidedignos e válidos na avaliação do autocuidado, em que muitas pessoas falsificam os seus relatos para evitarem críticas por parte dos profissionais de saúde; a inexistência de instrumentos adequados, a dificuldade em avaliar o grau de extensão da adesão e precisar se o doente erra devido a falta de competências da sua parte ou devido a instruções imprecisas fornecidas pelo profissional de saúde; a variabilidade que os regimes podem assumir, quer ao longo da vida de cada pessoa, quer em diferentes indivíduos; a não unidimensionalidade dos regimes (POLONSKY, 1993, p. 362).

Apesar das dificuldades permanentemente encontradas, é um fato que só através da compreensão dos fatores que capacitam o diabético a aderir ao seu regime de tratamento será possível delinear intervenções bem sucedidas. Deste modo, têm surgido inúmeros estudos que exploram a importância dos fatores psicossociais relacionados com a autogestão. Estes fatores estão frequentemente relacionados com as características dos indivíduos (aspectos intrapessoais), com aspectos interpessoais (nomeadamente familiares e sociais) e com fatores ambientais.

Relacionado aos preditores da adesão no diabetes, alguns tipos de barreiras são referenciadas em investigações realizadas por Warren e Hixenbaugh *apud* Sousa (2003). De acordo com estes estudos, uma das causas que levavam os diabéticos a não aderirem ao regime terapêutico prescrito, era o fato de não o considerarem apropriado aos seus contextos de vida e daí o próprio doente o rejeitar, adotando outra conduta. Estes investigadores alertam que são as crenças de saúde relacionadas com a diabetes, os maiores preditores de adesão nos DMNID (tipo 2), enquanto que nos DMID (tipo 1), o apoio inapropriado por parte dos profissionais de saúde e significantes, foi tido como o maior preditor da não adesão. No mesmo sentido, Cox, Gonder- Frederick *apud* Sousa (2003) enfatizam o papel das características da personalidade na autogestão da diabetes, como as crenças e as estratégias de *coping*.

Outros autores como Orme; Binik *apud* Sousa (2003), também dão ênfase à importância das crenças de saúde do diabético pois, invariavelmente, influenciam a adesão ao tratamento. Isto sugere que diferentes variáveis psicossociais podem prever a adesão, de acordo com o tipo de diabetes, tipo de tratamento e o “estado” de esperança de vida.

Glasgow *et al.* (1997), desenvolveram um trabalho com uma amostra heterogênea de 2056 adultos diabéticos residentes nos Estados Unidos (EUA), no qual exploraram dois fatores por eles considerados como estando entre os mais importantes que influenciam no cuidado do diabetes. Os primeiros são os fatores pessoais, especificamente as crenças acerca do modelo pessoal (representações que os pacientes têm acerca da sua doença e que incluem as crenças, as emoções, o conhecimento e a experiência) da diabetes e seu tratamento. Os segundos fatores, os interpessoais, estão relacionados com as barreiras sócio-ambientais à autogestão. Os modelos pessoais, particularmente as crenças acerca da eficiência do tratamento, parecem atuar como barreiras ou como facilitadores pessoais importantes na autogestão do diabetes.

As conclusões do estudo apontam para a importância dos fatores psicossociais ou comportamentais como preditores mais fortes do que a combinação das características sócio-demográficas. Das três construções psicossociais (barreiras, eficiência do tratamento e gravidade), a eficiência do tratamento foi frequentemente o preditor mais forte da autogestão nas três diferentes áreas do regime. Em oposição, apesar dos participantes perceberem a sua diabetes como suficientemente séria, as crenças na sua gravidade, tal como as barreiras percebidas, não foram preditivas de nenhum aspecto de autogestão. Em termos de barreiras percebidas os resultados remetem para uma maior dificuldade na área da alimentação, seguidas pelo exercício físico e menos frequentemente pelo teste à glicose.

Curiosamente, os dados encontrados também indicaram que os pacientes com possibilidade de terem mais barreiras ao autocuidado e menos crenças fortes na eficiência do tratamento, foram os indivíduos mais novos, mais educados e com diabetes tipo 1. Nestas pessoas poderia ser proveitoso tentar aumentar as crenças na eficiência do tratamento, fornecendo-lhes igualmente capacidades de resolução dos problemas.

De acordo com Gonder- Frederick, Cox e Ritterband *apud* Sousa (2003), as crenças de saúde podem variar consoante o estágio de desenvolvimento da pessoa. A este propósito, Wolpert e Anderson (2001) alertam os profissionais para a importância de trabalhar com os jovens adultos diabéticos, no sentido de fomentar comportamentos saudáveis, visto esta ser uma etapa de grande maturação.

O locus de controle também é uma crença que medeia o autocontrole. No diabetes tipo 1 e 2, este está relacionado com variáveis de resultado, incluindo o estado metabólico, peso, bem estar emocional e satisfação de tratamento (Bradley, 1997). Outras características individuais como as disfunções psicológicas, nomeadamente a depressão e ansiedade, têm também um papel crítico na gestão do diabetes encontrando-se geralmente associadas a uma fraca gestão da patologia (Cox & Gonder- Frederick *apud* SOUSA, 2003).

Os fatores interpessoais foram considerados preponderantes na adesão. Pesquisas têm postulado que, incentivando a participação dos diabéticos nas decisões médicas durante a consulta, aumentaria a sua satisfação e, conseqüentemente, a adesão ao autocuidado (Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996). Estes autores, definiram a participação do doente nas decisões médicas como qualquer comportamento iniciado, ou pelo profissional de saúde ou pelo doente, durante a consulta médica, que facilite a inclusão da perspectiva ou preferência do doente no plano de tratamento. Esta participação é um constructo complexo que envolve múltiplas componentes como: o desenvolvimento de uma atmosfera favorável, troca e integração da informação, comunicação das preferências e recomendações, aferimento da compreensão da informação, negociação, tomada da decisão final e sua execução.

Golin; Di Matteo; Gelberg (1996), fizeram uma revisão sobre esta temática e introduziram um modelo de determinantes da adesão no autocuidado da diabetes. Neste modelo, a participação do diabético pode afetar a adesão de três modos: (1) pode ter um efeito direto; (2) pode afetar a adesão ao autocuidado indiretamente, através da compreensão que o paciente tem do seu tratamento ou do ajustamento que tem que fazer entre o seu regime e o seu estilo de vida; (3) a “omissão percebida” da participação, pode afetar a adesão indiretamente através da satisfação do paciente. Outros fatores como a adesão passada, o suporte social, a auto-eficácia, adaptação do regime de tratamento com os estilos de vida,

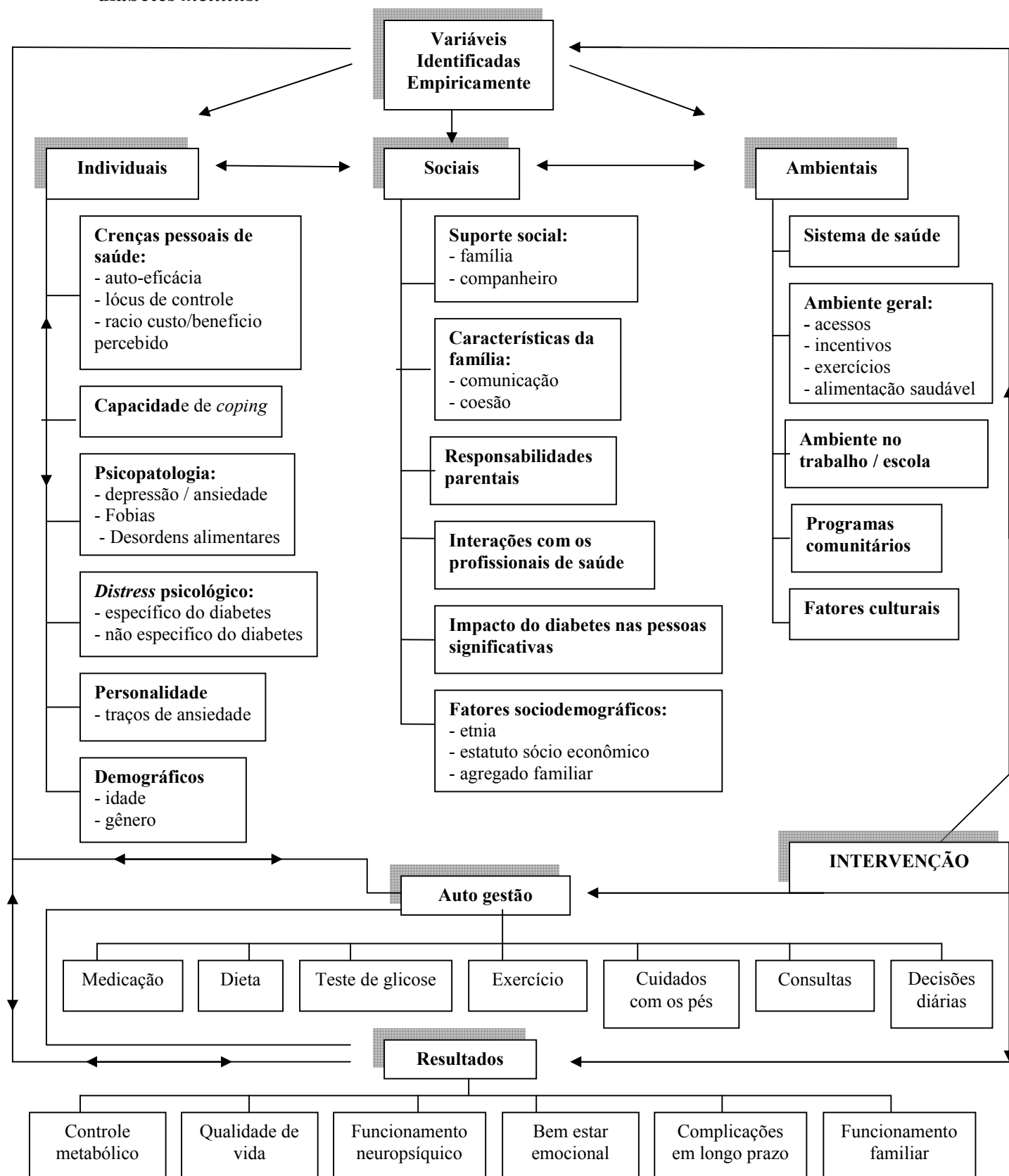
compreensão do regime, satisfação e intenções de aderir, podem afetar diretamente a adesão ao autocuidado. Indiretamente, as crenças de saúde podem influir nas intenções de adesão, funcionando a satisfação do paciente como uma variável intermédia. Por outro lado, as características quer do paciente quer do profissional de saúde, afetam, em cada um deles, os seus desejos e crenças. Isto significa que nem sempre os interesses do doente e dos profissionais de saúde são comuns e partilhados.

Também o aspecto social parece contribuir fortemente para a adesão ao regime terapêutico. A vertente familiar reflete-se na gestão da doença. As crianças diabéticas com famílias disfuncionais e conflituosas, experienciam mais dificuldades na adesão. Aquelas que têm um bom suporte familiar geralmente evidenciam melhores níveis de adesão e melhor controlo metabólico (SOUSA, 2003).

Fatores ambientais também podem influenciar negativamente a adesão, nomeadamente através de algumas contingências inerentes ao tratamento do diabetes. A adesão a tratamentos intensivos de insulina, embora apresentem bons resultados no controle glicêmico, podem levar a estados de hipoglicemia ou até ganho de peso (Cox & Gonder-Frederick *apud* SOUSA, 2003). Por outro lado, nem sempre uma boa adesão está associada a um bom controle glicêmico. Estes resultados podem levar a uma desmotivação por parte do diabético em seguir o regime aconselhado.

De um modo geral, estes trabalhos alertam para inúmeros fatores psicossociais e ambientais que podem interferir no comportamento de autogestão do diabético. A Figura 3, na sequência, retrata o processo complexo e multifatorial da autogestão da diabetes, no qual as variáveis individuais, sociais e ambientais são interativas.

**FIGURA 1- Modelo Psicocomportamental e sua influência na autogestão e resultados no diabetes mellitus.**



Deste modo, compreende-se que a gestão da diabetes resulta de processos comportamentais complexos que interagem entre si, influenciados pela doença e por variáveis individuais, sociais e situacionais. Este processo é bidirecional, significando que os comportamentos têm influência no diabetes e o diabetes influencia os comportamentos (Gonder-Frederick; Cox & Ritterband *apud* SOUSA, 2003).

Embora muitos estudos sobre a adesão tenham sido realizados nos últimos anos, parece existir uma incapacidade em traduzir o conhecimento atual em intervenções práticas, benéficas, eficientes em termos de custo, que melhorem a capacidade do paciente em cooperar emocionalmente e com comportamentos, às exigências do diabetes (Gonder-Frederick; Cox & Ritterband *apud* SOUSA, 2003).

Na sociedade ocidental, até meados do século XX, a medicina foi baseada em poder e autoridade. Atualmente, a procura por parte dos indivíduos por um maior controle da sua própria vida, com o seu próprio sistema de valores e capacidade de autonomia e decisão, entra em conflito com o até então papel passivo tradicional, levando a uma maior resistência. Nesta perspectiva, a herança cultural da pessoa pode levar a uma incompatibilidade e até dificuldade em integrar algumas mensagens recebidas dos profissionais de saúde, podendo originar a recusa a essas mesmas indicações (Duarte, 2002). No entanto, nem todos os doentes são críticos da posição tradicional autoritária do médico ou sentem necessidade de resistir, reagir ou não aderir. Nomeadamente, as pessoas mais velhas podem adotar um papel passivo face aos conselhos médicos (Lupton *apud* SOUSA, 2003).

Perante uma doença crônica, as pessoas reagem de maneiras diferentes. A presença de uma condição crônica vulgarmente limita ou traz imposições ao doente e a sua família, exigindo de ambas as partes ajustamentos em termos comportamentais, sociais e emocionais. Quando as pessoas se conscientizam de que têm uma doença crônica, o diagnóstico rapidamente muda o modo como vêm a elas próprias e as suas vidas, exigindo frequentemente mudanças nos planos para um futuro imediato e em longo prazo. De fato, um dos maiores impactos deste tipo de doença verifica-se na auto percepção do indivíduo (BRANNON & FEIST, 1997).

Estas reações vão depender de vários fatores, tais como: capacidade de cooperação, apoio social, natureza e conseqüências da sua doença e o impacto que ela vai ter na vida diária do indivíduo. As dificuldades no confronto e adaptação a essa patologia são freqüentes, particularmente quando as respostas consideradas normais e até previsíveis, como: a negação,

a ansiedade, e tristeza, que podem, em determinadas pessoas dificultar a procura de cuidados ou a adesão as recomendações dos profissionais de saúde (BRANNON & FEIST, 1997).

Carter (1995) estabelece três fases para evolução da doença crônica: a **fase da crise**, a **fase crônica** e em certas doenças potencialmente fatais, a **fase terminal**. O pré diagnóstico é a principal característica da primeira fase (fase da crise), nela o indivíduo apresenta alguns sintomas da doença e percebe, com a família, que algo está errado, mas ainda não tem a dimensão da complexidade do problema. A fase de crise prossegue com o período de confirmação do diagnóstico e o início do tratamento.

A segunda fase (fase crônica) estende-se desde o diagnóstico inicial até o longo período de ajustamento, é a fase do conviver com a doença. A mudança de hábitos exigida pelo tratamento não atingem apenas a vida do paciente, mas têm efeitos profundos na dinâmica familiar, o que faz com que tanto o paciente quanto a família busquem significados para a doença e se organizem frente à nova situação instaurada.

Pode-se dizer, também, que o período seguinte, de acomodação a doença e seus efeitos no dia a dia do paciente, é crítico também para pais, irmãos e cônjuges, já que, constantemente, é colocada diante deles a perspectiva concreta de agravamento do quadro clínico do paciente e até mesmo de sua morte em decorrência de complicações resultantes de um quadro não controlado. Ingressa-se, então, na fase terminal, considerado, a última fase, que inclui o período pré terminal da doença, marcado pela percepção da inevitabilidade da morte, que afeta e abala toda a estrutura familiar, e prossegue-se com o período de luto e a retomada da vida após a perda.

Neste estudo, enfoca-se a fase denominada fase crônica, considerando que o diabetes *mellitus* é uma condição crônica de saúde, que requer mudança no estilo de vida do paciente para obtenção de um bom controle metabólico, levando a profundas transformações na vida do paciente e na dinâmica da família frente à nova situação apresentada.

Rudolf Moos *et al.* (1982; 1986) propuseram uma teoria, denominada teoria da crise, que descreve fatores que podem influenciar o ajustamentos das pessoas perante a doença. Sarafino (2002) defende que de acordo com esse modelo, o resultado da crise ou ajustamento que a pessoa faz depende de processos de cooperação que, por sua vez, dependem de três fatores: fatores relacionados com a doença; fatores pessoais e do passado; fatores relacionados com o ambiente social e físico.

Nos fatores relacionados com a doença, de acordo com o tipo de patologia, os problemas representaram diferentes ameaças para diferentes pessoas. Por exemplo, problemas que interfiram na imagem corporal, poderão levar a sentimentos de vergonha e até repulsa,



com graves conseqüências na vida social do indivíduo. Os vários tipos de tratamentos (que podem ser dolorosos e com graves efeitos secundários, ou simplesmente incompatíveis com o horário laboral), também poderão contribuir para um difícil ajustamento, interferindo com o funcionamento diário da pessoa (SARAFINO, 2002).

Os fatores pessoais e do passado são igualmente importantes. Pessoas resilientes podem, perante situações de doença, conseguir retirar algo de positivo dessa experiência. Este tipo de pessoas pode manter uma boa auto-estima, encontrando um sentido para a sua vida, resistindo ao sentimento de impotência muitas vezes presente em condições de doença. O modo como as pessoas se ajustam aos seus problemas de saúde também dependem de fatores como a sua idade, sexo, classe social, compromissos filosóficos ou religiosos, maturidade emocional e auto-estima (SOUSA, 2003).

Relativamente às diferenças entre os sexos, para o homem pode ser particularmente difícil assumir um papel dependente e passivo resultante da doença, devido ao papel independente e ativo habitualmente representado na sociedade. Inclusive, em certas doenças que interferem na vivência da sexualidade, a sua masculinidade pode ser afetada, como é o caso do diabetes (Altschuler *apud* SOUSA, 2003).

No que diz respeito a idade, e de acordo com a faixa etária em que o indivíduo se apresenta, a doença traz implicações diferentes na vida desse mesmo indivíduo. Se as pessoas são jovens e a doença lhes rouba os planos até então traçados, sem terem a hipótese de seguir a vida na direção planejada (como constituir família e ter filhos), o sentimento de perda torna-se bastante doloroso (BRANNON & FEIST, 1997). Se a pessoa já se encontra na meia idade ou mais, os problemas podem surgir na readaptação de novos papéis, abandonando o seu tipo de vida. “Quando a doença crônica surge já numa idade avançada, as pessoas podem experimentar a sensação de pena por não terem oportunidade de, depois de uma vida de luta e sacrifícios, poderem usufruir do tempo livre” (Altschuler *apud* SOUSA, 2003, p. 31).

Outro fator pessoal que está relacionado com o ajustamento a doença crônica é o grau de “auto-culpabilização” pela sua condição. As crenças erradas que as pessoas têm acerca das causas, efeitos e tratamentos da sua doença, podem influenciar no ajustamento aos seus problemas de saúde. No entanto, Hampson não encontrou este aspecto no seu estudo com diabéticos, acerca das causas da doença. Crenças na “auto-culpa” não estiveram relacionadas com a autogestão do diabetes (HAMPSON, 1997, p. 331).

Os fatores relacionados com o ambiente social e físico têm um importante papel no modo como as pessoas se ajustam a doença crônica. Os aspectos físicos do ambiente (hospitais ou mesmo do ambiente familiar), podem dificultar determinados comportamentos

de ajustamento. Muitos doentes não têm, em sua casa, equipamentos ou ferramentas especiais que lhes permitam ajudar nas suas tarefas diárias, impedindo-os de serem auto-suficientes.

Por outro lado, a relação com os próprios profissionais pode ser uma fonte importante de dificuldades na gestão da doença crônica, pois a autonomia do paciente *versus* a dependência dos profissionais de saúde torna-se um problema, principalmente quando o contato se faz em longo prazo (Petrie & Moss-Morris *apud* SOUSA, 2003, p.31). A literatura na área do diabetes é consensual, quanto a importância desta relação no ajustamento a doença e consequentemente na sua autogestão.

O ajustamento a uma condição crônica como o diabetes envolve todos os fatores. O impacto do diagnóstico e o controle desta patologia implicam alterações significativas na relação que o indivíduo tem consigo mesmo e com o ambiente que o rodeia. Várias restrições são impostas, nomeadamente no nível do regime alimentar, hábitos de exercício e uso da medicação. As próprias complicações tão tipicamente silenciosas da doença, limitam frequentemente a vida do doente impondo restrições nem sempre compatíveis com os seus papéis familiares e sociais. Por outro lado o modo como cada indivíduo encara a condição do diabetes também difere: uns optam por ignorar a gravidade da doença, desleixando-se no tratamento, outros ficam mais agressivos não colaborando com o regime aconselhado e alguns, não exteriorizam qualquer agressividade, tornam-se depressivos (BRANNON & FEIST, 1997).

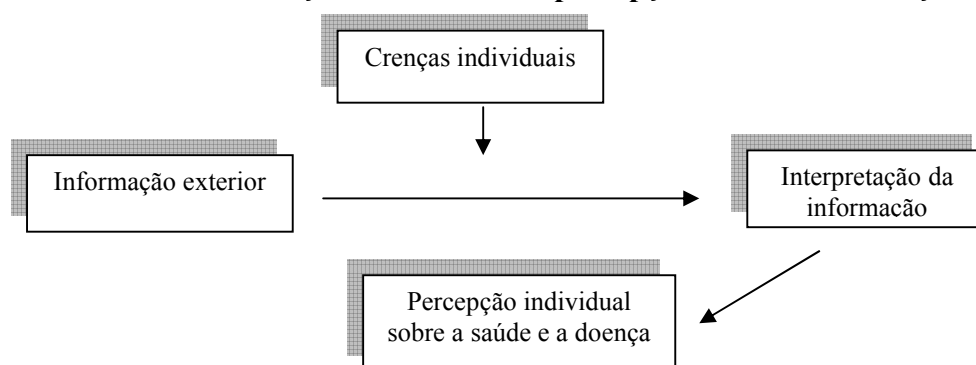
Relativo as representações / cognições de doença, a conceituação de saúde e doença sofre constantes modificações. O estar doente deixa de ser exclusivamente um conjunto de sinais e sintomas clinicamente identificáveis e diagnosticáveis, mas uma experiência pessoal, idiossincrática e abrangente.

Alguns termos usados na língua inglesa evidenciam as diferentes dimensões da experiência da doença. O termo *disease* ou “estar-se doente” refere-se a entidades nosológicas que se traduzem objetivamente por um conjunto de sintomas físicos e condições orgânicas, susceptíveis de serem diagnosticadas por um profissional de saúde. O termo *illness* está associado a “sentir-se doente” e tem a ver com a experiência subjetiva e com os sentimentos associados a alterações na saúde. Por sua vez *sickness* ou “comportar-se como doente” reporta-se a um conjunto de comportamentos relacionados com pessoas rotuladas como não saudáveis. Estas distinções não são lineares, pois é possível a existência de uma doença sem que o indivíduo experiencie sinais e sintomas (exemplo do diabetes), ou o indivíduo sentir-se doente sem que qualquer doença diagnosticada (RIBEIRO, 1998).

Simultaneamente, assiste-se a uma mudança na filosofia dos cuidados em que, sem descuidar o tratamento, se aposta mais no sentido da prevenção e compreensão da doença. Estas mudanças tem posto em causa a visão do doente como agente passivo dos seus cuidados de saúde. O indivíduo passa a ser encarado como um todo, sendo o principal, agente ativo, responsável pela sua saúde e doença, influenciado pelas suas cognições e emoções associadas a saúde e que influenciam no processo de decisão que ira determinar a adoção de comportamentos saudáveis (McIntyre *apud* SOUSA, 2003, p.33).

Schoeber e Lacroix *apud* Figueiras; Machado & Alves (2002) referem que toda a informação vinda do exterior é interpretada de acordo com o sistema de crenças individuais, conferindo um cunho pessoal ao modo como a pessoa vê o seu estado de saúde ou doença (figura 2).

**FIGURA 2 – Influência das crenças individuais na percepção da saúde e doença.**



Fonte: SOUSA, 2003, p. 33

A compreensão de como as pessoas se posicionam sobre a sua saúde, avaliam as possíveis ameaças, constroem uma percepção ou representação da doença e lidam com ela, poderá constituir uma base mais sólida para intervenções bem sucedidas. As crenças acerca da saúde e também da doença, podem ser usadas para predizer os comportamentos. Aliás, determinadas crenças e comportamentos estão intimamente relacionados com as causas de certas doenças. Vários são os estudos a que vem corroborar este aspecto, alertando para o fato de algumas doenças terem sido erradicadas, não tanto pelas intervenções médicas, mas por fatores sociais e ambientais (OGDEN, 1999).

A adoção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos fatores de natureza sócio demográfica (gênero, nível sócio econômico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso aos cuidados de saúde), fatores de natureza situacional (influência interpessoal da família, dos profissionais e rede de suporte social –

formal e informal), fatores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e fatores relacionados com a percepção dos sintomas (Petrie & Weinman *apud* SOUSA, 2003).

O modo como as pessoas percebem os seus sintomas também influencia a sua motivação e consequentemente os seus comportamentos, podendo levá-las e ignorá-los ou a procurar imediatamente uma ajuda profissional (SOUSA, 2003). Se os sintomas são severos e incomodativos, o mais provável é que a pessoa procure rapidamente os serviços de saúde.

As crenças ou representações da doença são vulgarmente designadas na literatura como “cognição de doença”. As cognições da doença de acordo com Leventhal *et al. apud* Ogden (1999), são as crenças implícitas de sendo comum que o indivíduo tem sobre a sua doença. “Trabalhos recentes demonstram que os pacientes criam os seus próprios modelos ou representações da sua doença, de modo a que esta faça sentido ou que responda aos seus problemas” (Weinman *apud* SOUSA, 2003, p. 34).

Um dos modelos que surge com uma visão dinâmica, centrado nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas as ameaças de doença, é o modelo de auto regulação do comportamento, desenvolvido por Leventhal *et al. apud* Ogden (1999). Neste, os autores incorporam o seu modelo de cognição de doença no modelo de auto regulação de comportamento em saúde (Weinman *et al. apud* SOUSA, 2003), em que as crenças que o doente tem acerca dos sinais e sintomas, bem como a sua interpretação, medeiam as respostas comportamentais perante a ameaça a sua saúde. Este modelo, associa os conceitos teóricos de cognição de doença com as técnicas de resolução de problemas, de modo a explicar o comportamento de *coping* perante uma doença. A premissa fundamental neste quadro teórico é que o doente é ativo na resolução de problemas.

Outro aspecto importante é que a mensagem de medo, isto é, o medo por si só é muitas vezes insuficiente para a adesão a comportamentos preventivos ou remediadores. Para facilitar a mudança de comportamento, estes autores sugerem a necessidade de fornecer instruções claras para ações bem sucedida, ajudando o indivíduo a incorporar estas ações na sua vida diária. Ainda segundo este modelo auto-regulador, o indivíduo perante um problema no seu estado de saúde, fica motivado para resolver de forma a retomar o seu estado de normalidade ou equilíbrio.

As respostas a doença seguem normalmente três etapas que se encontram esquematizadas na figura 3 (OGDEN, 1999, p. 61):

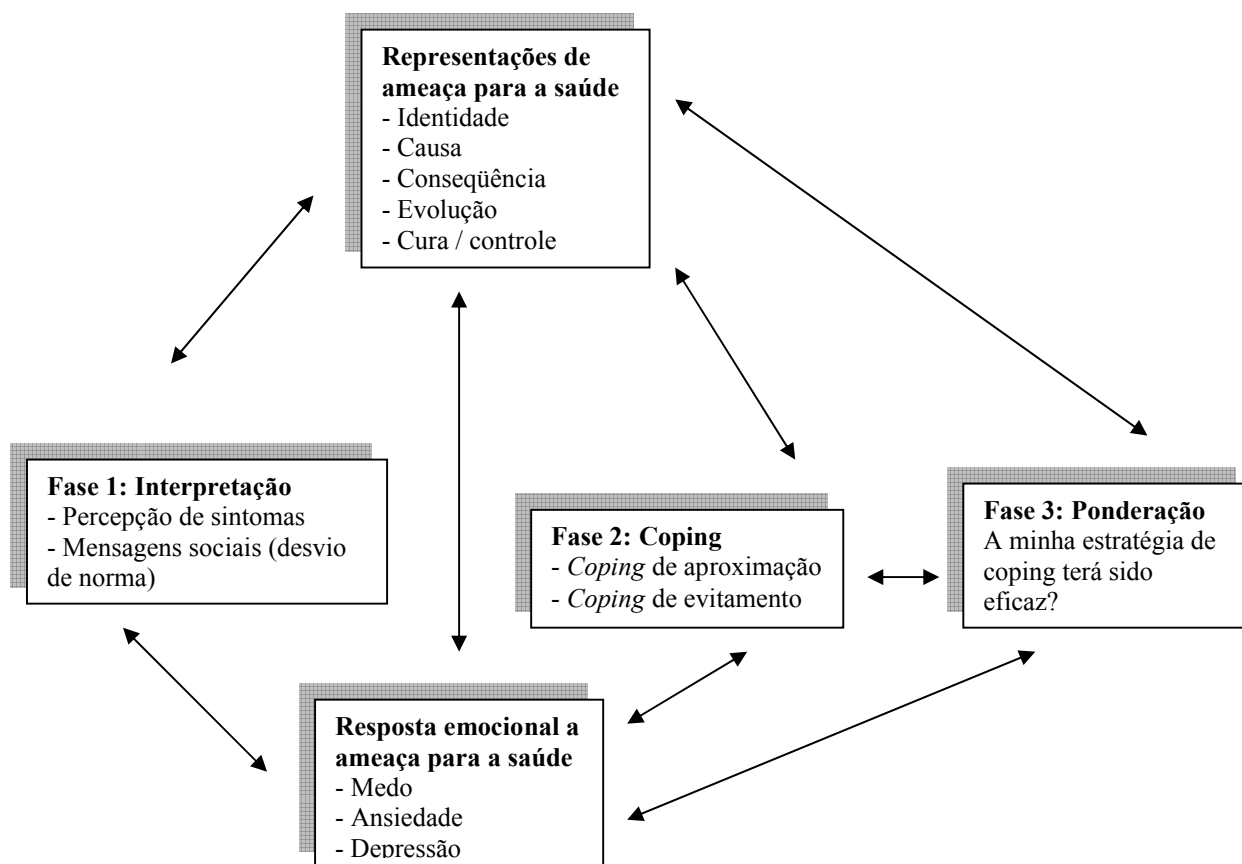
1ª Representação cognitiva e emocional da ameaça a saúde ou interpretação. O doente ao ser confrontado através de pistas internas (exemplo sintomas) ou externas (exemplo informação) com uma potencial doença, tenta atribuir significado ao problema, de acordo com

as cognições que o indivíduo possui sobre essa patologia. Estas cognições organizam-se em varias dimensões: identidade, causa, duração, consequência e cura/controla. É através desta representação cognitiva do problema que o indivíduo lhe atribui determinado sentido, influenciando as estratégias por ele adotadas para lidar com a doença. Simultaneamente a esta representação, ocorrem também alterações no estado emocional que, conjuntamente serão determinadas na adoção de estratégias para enfrentar a situação.

2ª Desenvolvimento e implementação do plano de ação ou *coping*. Nesta fase, o indivíduo identifica e seleciona estratégias que lhe permitam adquirir a homeostasia física e emocional ameaçada ou perdida. Para tal, ele pode desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* que habitualmente se reúnem em dois grupos: *coping* de aproximação (resolução de problemas, procura de apoio social) ou um *coping* de evitamento (negação).

3ª Ponderação ou avaliação do resultado do plano de ação. Envolve uma ponderação / avaliação sobre as estratégias de *coping* utilizadas, de modo a adaptar-se a sua doença (ou consequências) mantendo, dentro do possível, a sua qualidade de vida.

**FIGURA 3 – Modelo de auto regulação do comportamento de Leventhal.**



Estes ensaios ocorrem em paralelo, num nível cognitivo e emocional (o que explica as respostas a ameaça de doença aparentemente irracionais, como por exemplo, não recorrer aos serviços de saúde com medo do diagnóstico), existindo uma interação dinâmica entre os processos de representação, *coping* e avaliação. Deste modo, a resposta de pedir ajuda ou até adiá-la, pode ser vista como uma estratégia de *coping*.

A representação da doença que comporta a representação cognitiva (identidade, causa, consequência, duração, cura e controle) e a representação emocional (medo, ansiedade e depressão), prepara o indivíduo para as próximas etapas, o *coping* e a avaliação.

Segundo Petrie & Weinman *apud* Sousa (2003), os vários componentes das representações de doença e definem-se do seguinte modo: identidade (inclui rótulos abstratos, como o nome da doença e esta relacionada com a idéia que o paciente tem acerca da natureza da sua condição, isto é, os sintomas associados e as relações entre eles); causa (inclui as idéias que o paciente tem acerca das causas prováveis da sua doença e que podem ser internas (fatores genéticos) ou externas (*stress*, aspectos alimentares)); duração ou evolução/ dimensão temporal (indica a sua percepção quanto a duração provável dos seus problemas de saúde e pode ser categorizada como aguda (ou de curta duração), crônica, ou cíclica/episódica); consequências (refletem as crenças do indivíduo acerca da gravidade da doença e o impacto provável no seu funcionamento físico, psicológico, econômico e social); cura/ controle (indica até que ponto os pacientes acreditam que a sua condição é passível de cura ou controle).

Embora estes componentes sejam distintos, podendo ter efeitos específicos no *coping* e seus resultados não são necessariamente independentes (Weinman *et al. apud* SOUSA, 2003, p. 37). Por sua vez, Nerenz e Leventhal *apud* Bennett (2002) alertam para o fato de que, nem sempre todos esses domínios da representação se encontram presentes e claros, podendo também não se encontrarem bem integrados.

Enfrentando a doença como algo pouco comum, o indivíduo vai construir a sua própria representação da doença que, por sua vez, vai determinar o seu comportamento e respostas. Simultaneamente, perante a representação da ameaça, ele vai servir-se das suas próprias expectativas e crenças sobre as diferentes mudanças de comportamento, incluindo a adesão a comportamentos prescritos. Estas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais são auto reguladoras uma vez que emergem e são influenciadas pelo auto conceito do indivíduo.

Petrie & Weinman *apud* Sousa (2003) alertam também para o fato de que estas apreciações da ameaça a saúde, podem ser moderadas por fatores como a personalidade e a

idade. Pessoas mais depressivas e com emoções negativas parecem enfatizar mais os sintomas de uma possível doença (BENNETT, 2002).

Leventhal; Crouch (1997), examinaram as mudanças relacionadas com a saúde e a doença nos processos de auto-regulação ao longo da vida, focando especialmente as pessoas mais velhas. Os seus estudos indicaram que os comportamentos compensatórios, baseados num crescente sentido de vulnerabilidade, associados à necessidade de reduzir os riscos de saúde e conservar os recursos pessoais, asseguram que as pessoas mais idosas demonstram níveis mais elevados de comportamentos preventivos e uma maior adesão ao tratamento.

Porém, um estudo realizado com mulheres diabéticas tipo 2, entrevistadas sobre as suas crenças e sentimentos acerca da sua doença, fez alguma distinção sobre as pessoas de meia idade (46 a 64 anos) e as pessoas mais velhas (65 a 79 anos). Os resultados evidenciaram que as de meia idade acreditam que o tratamento da diabetes é mais importante, refletindo a sua preocupação em prevenir ou adiar as complicações (HAMPSON; GLASGOW & TOOBERT, 1990). Estes resultados podem também ser influenciados pelos profissionais de saúde, pois podem dar mais ênfase à importância do tratamento nas pessoas de meia idade do que nas pessoas mais velhas.

No entanto, Leventhal *et al.* (1997), também salientam que não só os fatores psicológicos deverão ser tidos em conta, mas também os fatores sociais e culturais pois eles influenciam os processos de avaliação ou apreciação, assim como os comportamentos escolhidos para lidar ou controlar a situação. Assim, as representações das ameaças de saúde são uma função do conhecimento semântico do indivíduo (exemplo a relação dos sintomas com a doença, compreensão da doença e das opções de tratamento), e também dos fatores específicos contextuais, tal como a natureza das mudanças somáticas e as situações nas quais elas ocorrem. Este conhecimento semântico acumula-se ao longo da vida, e os sintomas e contextos variam em função da idade e das circunstâncias sociais do indivíduo.

Acerca da percepção de sintomas, alguns estudos referem que os fatores socioculturais têm um importante papel no modo como os doentes percebem os seus sintomas e interpretam o seu estado de saúde. Aliás, a própria posição que o indivíduo ocupa na sociedade parece influenciar esta percepção. Outros aspectos como a opinião de pessoas significativas, a imagem ou estereótipo que a doença possa ter no ambiente social em que este se insere, para além da informação que possua sobre a patologia, podem interferir na representação criada em torno da mesma (FIGUEIRAS *apud* SOUSA, 2003). A resposta cognitiva aos sintomas ocorre em paralelo com a resposta emocional, auto-influenciando-se .

O diagnóstico de uma doença pode afetar profundamente o modo como se vê a vida, influenciando a relação com a família, amigos e colegas. O aparecimento de algumas perdas e incapacidades pode abalar a noção de invulnerabilidade, infalibilidade e controle, provocando emoções de medo, culpa, arrependimento e até preocupação quanto à reação dos outros (Altschuler *apud* SOUSA, 2003). Esta gestão de emoções e sentimentos negativos são problemas reais que os doentes têm de enfrentar (Moos & Schaefer *apud* BRANNON & FEIST, 1997).

### **3.1.7 Papel dos Conhecimentos/Informação no Ajustamento à Doença**

Frente a uma doença, o indivíduo tem que aprender determinadas competências (como monitorizar parâmetros fisiológicos, entre outros) que lhe permitam lidar no dia a dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Apesar deste esforço, muitas pessoas reagem à doença conseguindo integrá-la na sua vida de forma razoável, ajustando-se aos seus novos hábitos de saúde. Para que tal aconteça, é necessário que possuam um conhecimento correto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável (OMS, 2002; SARAFINO, 2002).

Na prevenção e educação para a saúde, a Organização Mundial de Saúde contempla o aumento dos conhecimentos e informação sobre a saúde, como uma das cinco áreas de intervenção. O fornecimento de informação é um aspecto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que estas enfrentem as dificuldades e incertezas, e mantenham a sua máxima autonomia face aos técnicos de saúde (PAÚL & FONSECA, 2001).

Na década de 70, os programas educacionais eram focalizados apenas na transmissão de informação, antevendo de uma forma simplista a relação entre informação e mudança de comportamento. Apesar desta concepção por vezes ainda estar implícita na educação para a saúde atual, sabemos que, para influenciar a tomada de decisão tendo em vista comportamentos saudáveis deve-se, além da transmissão de informação sobre determinado assunto, fornecer apoios que permitam essa mudança.

A informação é um fator chave para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde (GOLIN; DIMATTEO & GELBERG, 1996; OMS, 2002). Para tal, estes necessitam trocar informações com o profissional de saúde, sobre as quais farão a respectiva integração, compreensão e avaliação. Isto porque muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem saber como seguir o tratamento que lhe foi aconselhado (SARAFINO, 2002).



De acordo com SOARES *et al.* (1997), a informação a ser transmitida às pessoas em contexto de saúde, pode dividir-se em três tipos: informação sensorial, que descreve as sensações que o doente poderá experienciar, permitindo que este contacte com a realidade e não se sinta tão ameaçada com o desconhecido; informação processual, que enfatiza a sequência dos procedimentos médicos, possibilitando uma maior confiança e sentido de controlo nos acontecimentos; informação sobre aspectos psicológicos ou informação sobre estratégias de *coping* que também ajuda o indivíduo na adaptação ao evento *stressante*, influenciando os seus sentimentos e atitudes de modo a reduzir os níveis de ansiedade, permitindo que a pessoa tenha um maior controle sobre a situação.

Alguns estudos realizados com o objetivo de analisar se o fornecimento de informação aos pacientes candidatos a cirurgia, demonstraram que a ansiedade no pós-operatório tinha diminuído, e que a combinação dos vários tipos de informação trouxe benefícios mais consistentes em termos de respostas emocionais e recuperação da cirurgia (SOARES *et al.*, 1997).

Gollin; DiMatteo & Gelberg (1996), apontam para que uma grande parte dos pacientes gostaria de ter mais informação do que a transmitida pelos profissionais de saúde, não só em termos quantitativos como também qualitativos. Por outro lado, esta necessidade de mais ou menos informação pode também estar relacionada com o tipo de envolvimento que as pessoas querem ter nas decisões médicas.

Ribeiro (1998), refere que as necessidades de informação podem ser interpretadas de modos diferentes: as necessidades de informação subjetiva, que é expressa por uma pessoa que pede informação; as necessidades de informação normativa, que representam as necessidades que são preconizadas por um indivíduo, grupo ou sociedade.

As investigações efetuadas sobre a necessidade de informação demonstram grande variabilidade e as características dos pacientes parecem assumir alguma relevância. Alguns trabalhos parecem indicar que a idade está associada ao desejo de mais informação e participação nas decisões médicas: as pessoas jovens parecem preferir mais informação do que os mais velhos (GOLIN; DIMATTEO & GELBERG, 1996).

Caress *et al. apud* Sousa (2003), num estudo exploratório sobre a informação considerada prioritária em adultos com asma, evidenciou que a necessidade de informação depende da perspectiva de cada pessoa, isto é, enquanto para uns determinados conteúdos são importantes, para outros não. Um outro trabalho desenvolvido por Loehrer *apud* Sousa (2003) em doentes com cancro, avaliou o conhecimento e comportamento de procura de cuidados, num grupo de pacientes pertencentes a uma população social e economicamente

desfavorecida. Os resultados demonstraram que, embora muitos doentes com cancro procurassem informação acerca da sua doença, alguns grupos de sujeitos, geralmente com baixos rendimentos, menor nível educacional e mais velhos, tinham mais dificuldade em obter informação. O estudo também sugeriu que, quando o conhecimento incorreto e as crenças sobre o cancro e os seus tratamentos ocorrem, o comportamento de procura de cuidados inapropriado surge como uma consequência lógica.

Neste âmbito, Sarafino (2002) alerta para o perigo potencial das crenças errôneas e a sua influência no comportamento de saúde. Outro aspecto a ter em consideração são os estilos de *coping*. Aqueles indivíduos que adotam o *coping* centrado na emoção ou no evitamento podem preferir pouca informação em comparação com os que adotam um estilo de *coping* centrado no problema (BENNETT, 2002).

Estas diferenças encontradas, alertam para a extrema importância de identificar as necessidades individuais de informação. Para tal, o profissional de saúde deve estabelecer uma comunicação efetiva e centrada nas preferências do doente.

Relativo ao papel da informação no diabetes, Hornberg (1995) e Benett (1993), referem que o tipo de informação que os diabéticos possam querer, depende do estágio em que a sua doença se encontra (GOLIN, DIMATTEO & GELBERG, 1996).

Uma investigação conduzida por Wikblad (1991) em diabéticos tipo 1, alertou para que, segundo a perspectiva do doente, a educação no diabetes consiste numa enorme quantidade de nova informação, que geralmente é apresentada de uma única vez. Estes preferem que essa informação seja de um nível aceitável mas mínimo, que resulte num processo contínuo e aplicável na prática. Os conhecimentos referenciados pelos diabéticos como necessários para a gestão da sua doença eram: como é que o corpo reage à insulina; como é que o conhecimento pode ser aplicável ao dia a dia; como é que se pode aumentar o conhecimento dos familiares sobre a diabetes; a necessidade de uma continuidade educacional para um conhecimento sustentado; o desenvolvimento de um suporte de base para o cuidado no diabetes.

É de consenso geral que a gestão desta patologia é considerada ideal quando, para além da satisfação e bem estar do diabético, o controle de glicose no sangue apresenta níveis aceitáveis e não existem sinais de complicações. Se, pelo contrário, aparecem problemas em um ou mais destes aspectos, é necessário que o profissional de saúde tenha mais informação acerca dos processos psicológicos (níveis de conhecimentos e capacidades de autocuidado) de modo a decidir a ação que será apropriada para melhorar o resultado (BRADLEY, 1997). Isto porque, se os pacientes com um baixo nível de autocontrole estão bem informados sobre a sua

doença e a sua gestão, então o seu controle não será provavelmente aumentado pelo fato de lhe ser fornecida mais informação.

Aliás, alguns diabéticos bem informados apresentam baixos níveis de controle sendo, neste caso, importante investigar as suas capacidades de autogestão, crenças e prioridades. Embora o conhecimento relacionado com a tríade terapêutica (dieta, medicação e exercício físico) com a monitorização da glicose seja importante para a autogestão da diabetes, este, por si só, não garante mudanças nos comportamentos ou uma efetiva autogestão da doença.

Um estudo desenvolvido por Chan e Molassiotis *apud* Sousa (2003) em que foi analisado a relação entre o conhecimento sobre a diabetes e a adesão, demonstrou a existência de uma grande distância entre aquilo que os pacientes são ensinados a fazer e aquilo que realmente fazem. A maior parte dos participantes apresentaram boas notas no conhecimento da doença, mas perderam pontos quando se trata de aplicar esse conhecimento nos seus hábitos diários.

Estes resultados sugerem que o conhecimento não é garantia única para a mudança de comportamentos nos doentes diabéticos. Surwit; Scovern e Feinglos *apud* SOUSA, (2003) registraram descobertas preocupantes com um grupo de diabéticos, em que 80% dos sujeitos cometiam erros na administração de insulina, 75% não seguiam a sua dieta, 50% não tinham o cuidado adequado com os pés e 45% faziam testes de urina incorretos. Pior ainda, é que alguns indivíduos cometiam estes erros depois de lhes ser dito ou demonstrado a técnica correta.

Embora a adesão da pessoa aos conselhos médicos depende da informação que é veiculada por estes, o conhecimento sobre a doença, não funciona por si só, como um preditor da adesão (BENNETT, 2002; OGDEN, 1999; SARAFINO, 2002). Fica assim a idéia de que, apesar da informação ser essencial para o indivíduo, através de melhores conhecimentos, facilidades na adaptação para gerir o seu estado de saúde ou doença, por si só não se tem demonstrado eficiente. Outros fatores como as representações de doença e as estratégias de *coping*, parecem influir na adaptação e adesão a determinada situação de doença.

### 3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E GERONTOLOGIA

A promoção da saúde se assenta no pressuposto de que os nossos comportamentos e as circunstâncias em que vivemos têm grande influência na nossa saúde, sendo esta o resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (BENNET & MURPHY, 1999).

A eficácia de ações voltadas para a promoção da saúde de diferentes agrupamentos da população brasileira tem se constituído em um desafio constante para os profissionais da área. No Brasil, a efetivação do direito a saúde é resultante de mobilizações de grupos representativos de vários setores da sociedade (FONTES; GARCIA, 2003).

### **3.2.1 Histórico e contribuições da Promoção da Saúde**

O conceito de Promoção da Saúde aparece na década de 40, de forma latente, com Sigerist (1946), que a define como uma das tarefas essenciais da medicina; e vem novamente à tona na década de 60, com o conceito positivo de doença, no sentido de incentivar a prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis, e com a preocupação de atuar nos fatores de risco, onde a promoção da saúde entra como parte da prevenção primária.

Na década de 70, com a crise nos sistemas de saúde, continua-se a perceber que não basta atuar apenas na cura da doença, ou seja, depois que a doença já se instalou; é preciso intervir nos determinantes do adoecimento. Assim, o Informe Lalonde (1974) é um marco na área da Promoção da Saúde. Define quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Colocando-se o enfoque da intervenção no campo da PS verifica-se que:

até agora, quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, assim como os gastos setoriais diretos, concentram-se na assistência médica. Entretanto, as causas principais de adoecimento e morte têm origem nos outros três componentes do conceito (OPS, 1996, p.4).

Ainda no final da década de 70, a OMS realiza a I Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata. Nessa conferência, é colocada a meta “Saúde para todos no ano 2000”, reforçando a proposta da atenção primária em saúde. Essa conferência culmina em algumas recomendações, com a adoção de oito elementos essenciais para a saúde como:

educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil; incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos. (Buss, 2000a, p. 170).

Essa Conferência de Alma-Ata desdobra-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Só com a Carta de Ottawa, em 1986, é que o conceito de PS é definido

como: “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (OMS, 1986 *apud* Buss, 2000a, p. 170).

A saúde, ao deixar de ser centrada na biologia, amplia a forma de se pensar as possíveis intervenções em seus problemas. Com a incorporação dos quatro itens que compõe o campo de saúde de Lalonde, é possível instaurar um sistema de análise para se examinar qualquer problema à luz da interação desses quatro componentes: estilo de vida, biologia humana, meio-ambiente e organização da atenção a saúde.

Um exemplo claro, oferecido por Lalonde *apud* Organização Pan-Americana da Saúde (1996, p. 4), é o problema de acidente de trânsito. Observa-se que os fatores que mais contribuem para o aumento dos acidentes de trânsito são: o estilo de vida, o meio-ambiente, e a organização da atenção à saúde, ficando a biologia humana com pouca importância. Essa análise auxilia os planejadores da saúde a voltarem sua atenção para intervenções direcionadas à implantação de políticas para mudança do estilo de vida e intervenções mais diretas sobre o meio-ambiente, do que para a assistência médica. Assim, observa-se a promoção da saúde como um desdobramento da atenção primária em saúde, já que se torna um campo de análise, intervenção e planejamento das políticas de saúde.

A Promoção da Saúde, como nível de atenção, se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes e, neste sentido, tem como enfoque uma visão integral do processo saúde-doença-atenção. Inicia-se, com essa discussão, a entender-se saúde como um campo complexo, que envolve diversos olhares e diversas intervenções. Não se trata mais apenas de atuar sobre as causas, como era feito no modelo da História Natural das Doenças, e nem tão pouco de se fazer uma história social da doença. A partir dessa declaração, começa-se a trabalhar com o conceito de campo de saúde, que se pretende alternativo, para se entender a dinâmica saúde-doença-intervenção ou atenção.

Dessa forma, a PS sai dos centros de saúde e se estende para as comunidades, os ambientes, as escolas; acrescentando como campo de atuação, o reforço comunitário, que contém um componente educativo, que é o desenvolvimento de habilidades sociais.

Assim, a partir da Carta de Ottawa, a promoção da saúde incorpora como método cinco grandes campos de ação, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Com a Promoção da Saúde, tem-se um novo conceito de saúde. A saúde é percebida, não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um

conceito positivo, que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A Promoção da Saúde é, então, o maior auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, a PS não é concernente apenas ao setor sanitário, mas pelo contrário, são requisitos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o eco-sistema estável, a justiça social e a equidade (Carta de Ottawa *apud* BUSS *et al.*, 2000 a).

Dentro desse conceito positivo de saúde tem-se discutido os diversos fatores que a condicionam. São eles: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. De acordo com esses fatores, as ações da PS devem atuar sobre o universo dos determinantes da mesma, objetivando reduzir as diferenças no estado atual da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, proporcionando os meios, que permita a toda população desenvolverem ao máximo o seu potencial de saúde (Carta de Ottawa *apud* BUSS *et. al.*, 2000 a).

Dessa forma, a Carta de Ottawa (*apud* Ministério da Saúde, 2006) estabelece três grandes estratégias para se trabalhar no campo da promoção de saúde: a defesa da saúde, a capacitação e a mediação. Entende-se que este trabalho se posiciona, mais diretamente, na estratégia de capacitação, onde:

Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (Buss, 2000a, p.170).

A promoção da saúde é qualquer combinação planejada de suportes educativos, políticos e organizacionais para ações que conduzam a saúde dos indivíduos (BATTAGLION NETO, 2003). Tal concepção pretende melhorar a auto-estima, diminuir a alienação, incrementar conhecimentos de modo a abrir um campo de possibilidades de escolha do indivíduo deixando-o livre para decidir como comportar-se (MENDES, 1996).

O conceito de empoderamento, tradução do conceito de “*empowerment*”, faz parte do campo de ação da Promoção da Saúde, reforço da ação comunitária/participação comunitária. Na Carta de Ottawa (1986), esse campo de ação é definido como o processo de desenvolvimento, na comunidade, da capacidade de controle e de habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, através da mobilização coletiva. O desenvolvimento da comunidade se baseia nos recursos humanos e materiais com que conta a comunidade para estimular a independência e o apoio social (BUSS *et al.*, 2000a, p.174). A

ajuda recíproca, na qual cada um cuida de si e dos outros, é um dos temas centrais da proposta de intensificar a auto-assistência e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis do reforço e da participação comunitária, na direção dos assuntos da saúde (BUSS *et al.*, 2000b, p.47).

Nas várias Declarações, que compõem os documentos direcionados à PS, tem-se abordado o tema do reforço comunitário e do empoderamento. Tanto a Declaração de Adelaide (OMS, 1988) como a Carta de Ottawa (1986) fazem notar que a ação comunitária é o ponto central da promoção de políticas públicas para a saúde, pelas quais a comunidade busca a posse e o controle de seus próprios esforços e destinos. Nessa mesma direção, a Declaração de Sundsvall (1991) propõe reforçar a criação de ambientes saudáveis “[...] através de ações comunitárias [...] de maior controle sobre a saúde e o ambiente [...] e maior participação nos processos de tomada de decisões”. Finalmente, a Declaração de Bogotá (OPS, 1992) sugere que a ação comunitária poderia “[...] fortalecer a capacidade da população para participar das decisões que afetam a sua vida e para optar por modos de vida saudáveis [...] através do diálogo de diferentes saberes” (Buss *et al.*, 2000b, p. 48).

Outro campo de ação da Promoção da Saúde, em que o empoderamento está inserido, é o de **Desenvolvimento de Habilidades Pessoais**. A ênfase nas habilidades pessoais, na Carta de Ottawa (1986), é resultado da percepção, pelas autoridades sanitárias, do quadro caracterizado pelo envelhecimento populacional e o aumento da morbidade, por enfermidades crônico-degenerativas; assim como, pelo entendimento, de que as causas ou fatores de risco mais importante estão relacionados com comportamentos individuais, modos de vida ou riscos existentes em local de trabalho e no meio-ambiente. É essencial capacitar as pessoas para que aprendam durante toda a vida, preparando-se para as diversas fases da existência que incluem o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas que afetam a saúde (Buss *et al.*, 2000b, p.45).

Nesta concepção, tem-se como instrumento, a educação para a saúde, que objetiva a melhoria da auto-estima, a diminuição da alienação, incrementando os conhecimentos, de modo a abrir o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Desse modo, busca-se aprimorar as opções disponíveis, para que a população exerça maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente e para que opte por tudo aquilo que proporcione saúde (Carta de Ottawa *apud* BUSS *et al.*, 2000 a).

Ao pensar a saúde, como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, esta passa a ser definida pela Organização Mundial da Saúde (MS,1999) como um bem-estar bio-psico-social. Percebe-se que a saúde é um campo que abrange muito mais do que apenas a ausência de doença. Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos, assim a Lei 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da saúde, estabelece a abrangência do termo saúde para além do campo da medicina:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Lei n.º 8.080 *apud* MS, 1999).

A partir de então, a saúde é vista como um “indicador de qualidade de vida, e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais da existência” (DUCHIADE, 1995, p.17). Isto envolve um processo educacional, pois a educação procura, sempre, desencadear mudanças de comportamento e exige o conhecimento da viabilidade das áreas de intervenção e a compreensão das funções e dos papéis de cada indivíduo dentro de um contexto.

A conceituação de educação para a saúde, refere-se a:

quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, onde se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizado e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotados por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. (Green & Kreuter, *apud* CANDEIAS, 1997, p. 209).

E por promoção da saúde entende-se:

uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções de fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como todas as políticas de ação mais



diretamente relacionadas à saúde. (Green & Kreuter, *apud* CANDEIAS, 1997, p. 209).

Percebe-se que a EPS não é diferente da PS, pelo contrário, ela se insere na promoção, na medida em que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um campo de ação da promoção da saúde e para tanto “é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos” (BUSS *et al.*, 2000 a, p.171).

Na Carta de Ottawa (1986), marco teórico para o campo da PS, quando é enfatizada que ela objetiva proporcionar os meios pelo qual a população venha a desenvolver ao máximo o seu potencial de saúde, é colocado que isso só será possível se as pessoas forem capazes de assumir o controle daquilo que determina seu estado de saúde (BUSS *et al.*, 2000b). Isso implica em dizer, que é preciso proporcionar os meios para que as pessoas desenvolvam competências, no intuito de se empoderarem, ou seja, obtenham poder para enfrentar a situação saúde/doença.

Gutierrez *apud* Buss *et al.* (2000a) incorpora ao conceito da promoção da saúde a participação da comunidade e a responsabilidade do Estado no cuidado de sua população, definindo que:

[...] promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (Gutierrez *apud* BUSS *et al.*, 2000a, p. 167)

A Saúde Pública utiliza os conceitos de empoderamento para trabalhar a promoção da saúde, na medida em que reconhece que a sua falta se constitui num fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças e, conseqüentemente, o empoderamento entra, assim, como uma estratégia de ganho de saúde (WALLERSTEIN & BERNSTEIN, 1994).

### 3.3 EMPODERAMENTO: COMO ESTRATÉGIA DE GANHO DE SAÚDE

A complexidade dos fatores envolvidos na saúde, tem evidenciado a necessidade de se investir em promoção da saúde e é, neste contexto, que se coloca a discussão de empoderamento, enfocando-se a atenção para intervenções que extrapolam o já criticado modelo biomédico. Segundo Vasconcelos (2001), o conceito de empoderamento é o tema

central das políticas sociais e saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, principalmente, a partir dos anos 90. Historicamente, o empoderamento está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos.

Empoderamento, em PS, é definido como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde” (Gibson *apud* AIRHIHENBUWA, 1994, p.345). É também usado como sinônimo para habilidades de enfrentamento, suporte mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, auto-estima e auto-suficiência. (Rappaport; Kieffer *apud* AIRHIHENBUWA, 1994, p. 345).

Na sua definição mais geral, empoderamento é definido como “um processo pelo qual indivíduos, comunidades e organizações obtêm controle sobre suas vidas” (Rappaport *apud* TEIXEIRA, 2002, p. 25). Vasconcelos (2001) define empoderamento como:

o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social. (2001, p. 5).

Vários autores que trabalham com o empoderamento se referem a ele como a habilidade de pessoas conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para poderem agir de modo a melhorar sua situação de vida (AIRHIHENBUWA, 1994; BERNSTEIN *et al.*, 1994; LABONTE, 1994; THURSZ, 1993).

Educação empoderada ou educação de empoderamento (empoderamento *education*) é uma efetiva educação saudável e um modelo preventivo que se focaliza na ação grupal e no diálogo direto dos alvos comunitários, almejando aumentar a credibilidade das pessoas em sua capacidade em mudar suas próprias vidas (Wallerstein, 1988 *apud* AIRHIHENBUWA, 1994, p. 345). Neste sentido, empoderamento se insere no campo da promoção da saúde como uma estratégia de ganho de saúde, na medida em que se reconhece que a sua ausência se constitui como um fator de risco para o adoecimento.

AIRHIHENBUWA (1994), estudando a relação entre empoderamento e educação para a saúde, delineia um modelo de empoderamento como forma alternativa para os modelos mais tradicionais. Segundo ele, existem três abordagens básicas empregadas para desenvolver as intervenções em educação para a saúde:

1) Modelo Preventivo: se focaliza no processo de decisão individual em adotar um comportamento saudável, para prevenção de doenças. A nova geração de enfermidades, as crônicas degenerativas, provocou mudanças a partir da década de cinquenta. Assim, o modelo curativo, não responde, ocasionando uma mudança, desde a cura a prevenção.

A educação para a saúde destaca-se em um novo modelo médico preventivo; já que o estilo de vida e as condutas das pessoas se consideram implicadas em causar ou acelerar as enfermidades da civilização, a educação se delega um papel de persuadir os sujeitos para a mudança de seu estilo de vida. Desde esse modelo, o indivíduo é visto livre para eleger e, em consequência, seu *status* de saúde como um assunto sobre o qual tem controle.

O educador para a saúde deve oferecer argumentos persuasivos e informações relevantes, mas a responsabilidade da mudança depende do indivíduo.

2) Modelo Político radical: o foco é na mudança social, ambiental e de estruturas políticas, para atacar a raiz dos problemas de saúde e doença; baseia-se em que a educação em saúde para ser efetiva deve focar-se com maior ênfase nos determinantes sociais e ambientais, sendo sua função principal a de estimular a consciência crítica.

Para tanto deve haver o desenvolvimento de uma consciência que permita que o sujeito olhe com visão crítica suas circunstâncias como primeiro passo para mudança. O sujeito deve primeiro tomar consciência da existência das origens da enfermidade e deve ser persuadindo para atuar.

Dessa forma, os educadores da saúde devem implicar o sujeito na ação coletiva para criar ambientes promotores de saúde e devem ajudar a organizarem-se para mudanças institucionais, políticas e ambientais que prejudicam a saúde.

### 3) Modelo do empoderamento

Este modelo facilita a tomada de decisão, autenticamente informada. Em essência, oferece a informação favorecendo modificações em aspectos da personalidade. Essas mudanças favorecem o desenvolvimento da personalidade implicando no mudar os modos em que o sujeito se vê a si mesmo e equipá-lo com distintas destrezas e habilidades que lhes possam ajudar a interagir mais efetivamente, com seu ambiente.

A estratégia adotada impõe um desenho para aumentar os sentimentos de valor e auto-estima e promove o desenvolvimento de uma convicção de que é possível estar a cargo da vida de cada um, dotando-lhe capacidade de decisão. Consequentemente, seu principal propósito é conscientizar de temas chave e oferecer as destrezas necessárias para o desenvolvimento de poder tanto individual como da comunidade.

Os principais componentes são o próprio ambiente e as relações recíprocas entre o sujeito e o ambiente, as características psicológicas e, finalmente, as condutas que atuam como uma classe de contato entre a personalidade e o ambiente. Estabelecendo uma extensa variedade de competências que facilitam sua meta; entre elas, podem-se destacar as seguintes: comunicar-se efetivamente, estabelecer relações, resolver conflitos, ser positivo, apoiar-se em outros, influírem nas pessoas e nos sistemas.

Neste modelo o foco é facilitar as escolhas individuais e comunitárias, para fornecer aquisição de conhecimento com clarificação de valores e decisão, tornando prática as habilidades de organização comunitária, através de métodos de ensino não tradicional (AIRHIHENUWA, 1994, p.345).

No referido modelo, o contexto é algo que deve ser levado em conta, já que o empoderamento se altera segundo as diferentes situações, considerando que elas refletem as várias necessidades dos indivíduos, grupos, organizações, escolas e comunidades, no contexto onde ocorre o empoderamento. Desse modo, as forças sociopolíticas e ambientais, que influenciam o comportamento saudável, devem ser manipuladas dentro de um contexto de cultura utilizando membros da comunidade (fontes especializadas). Entretanto, diz Airhihenbuwa, o ônus de orientar essas forças ambientais não deve se apoiar apenas nas pessoas que manipulam a educação em saúde e a prevenção de doenças, embora, raramente, indivíduos marginalizados possam ter o controle sobre as influências ambientais.

Em um fórum de discussão sobre empoderamento, promovido pelos membros de da Revista – *Health Education Quarterly* (BERNSTEIN *et al.*, 1994), - vários estudiosos neste assunto discutiram as bases teóricas e ressaltaram os seguintes pontos:

Primeiramente foram discutidos os valores subjacentes ao processo de empoderamento e sua relação com o conceito de poder. Segundo Gutierrez (BERNSTEIN *et al.*, 1994), o significado central do empoderamento está no “ganho de poder”, sendo que poder, neste contexto, traduz a idéia da habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. Para discutir-se o empoderamento é preciso que se entenda o poder dentro de um relacionamento social, no qual os atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político, para criar mudanças.

O entendimento mais comum de empoderamento, dentro do campo da saúde, trabalho social, educação ou psicologia comunitária, deve ter uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhado, ao invés do poder sobre o outro. Isto compreende que o empoderamento deve permitir aos grupos desprivilegiados ganhar significado para mudar sua condição de opressão (BERNSTEIN *et al.*, 1994, p. 283).

O meio pelo qual as pessoas podem vir a obter este poder através do desenvolvimento é através de uma consciência crítica. Desenvolver uma consciência crítica é um meio crucial de ganhar poder. Uma consciência crítica envolve os entendimentos de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa, e de identificar como cada um pode ter um papel dentro de uma mudança social. Isto é particularmente importante em situações de desigualdade, nas quais os indivíduos internalizaram crenças sobre sua própria identidade e poder, em potencial. Os entendimentos de como os membros de um grupo podem afetar as circunstâncias da vida, é crucial para identificar a falta de poder como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social mais do que a individual (Gutierrez *apud* BERNSTEIN *et al.*, 1994, p. 283).

A palavra empoderamento, em si mesma, tem um sentido contraditório. Por um lado, significa dar poder a outros, por outro, significa capturar poder. Essa dualidade suscita outro tema fundamental que é: O duplo sentido do empoderamento - processo ou resultado. Labonte (1994, p. 253) traz uma discussão sobre empoderamento e promoção da saúde, entendendo-se por PS “o processo de capacitação de pessoas para aumentar seu controle e melhorar a sua saúde”. Neste sentido, a Promoção da Saúde compartilha valores com o empoderamento definido como “o processo pelo qual pessoas, organizações e comunidades ganham domínio sobre suas vidas.” (LABONTE, 1994, p. 253). Ele propõe que esses termos devem ser vistos como lentes conceituais para avaliar as práticas de saúde.

Empoderamento possui em si dois significados possíveis, que vão depender da forma que sejam utilizados: Labonte (1994) chama a atenção para o perigo de se utilizar o conceito de empoderamento transitivamente. Empoderar é a ação central na nova promoção da saúde. É também um verbo transitivo, no qual o sujeito age sobre o objeto; e um verbo intransitivo, no qual o sujeito age sobre si mesmo. Usado transitivamente, empoderar significa dar poder a outro, compartilhando alguns poderes que os profissionais devem ter sobre outros. Desta forma, o profissional é visto como agente de empoderamento e como sujeito do relacionamento, e permanece como sendo o ator controlador, definindo os termos da interação. Os indivíduos ou grupos, relativamente desempoderados, permanecem como objeto da relação, como o receptor da ação do profissional, numa atitude passiva. Na afirmação “nós precisamos empoderar este ou aquele grupo” cria-se ou se reforça um mundo de práticas profissionais, atuando sobre grupos não profissionais que não são capazes de sua própria ação de poder.

Quanto à reflexão se o empoderamento é um processo ou um resultado, Wallerstein & Bernstein (1994) colocam, que usado como verbo intransitivo, empoderar se refere a um

processo através do qual pessoas ganham influência e controle sobre suas vidas e consequentemente se tornam empoderados. Isto é importante para distinguir entre a primeira definição de empoderamento que é: investir ou dar poder e autoridade a outros; e a segunda que é: tornar outros capazes, ou, dar a outros habilidades para que eles possam obter poder por seus próprios esforços. A definição final é que: “educadores em saúde não podem dar poder a pessoas, mas podem torná-las capazes de aumentar suas habilidades e recursos para ganhar poder sobre suas próprias vidas.” (1994, p. 155)

Braithwaite *apud* Bernstein *et al.* (1994, p. 284) propõe que o empoderamento seja um processo que se estenda a grupos comunitários que necessitem receber um programa de assistência técnica (por exemplo: desenvolvimento organizacional, construção de relacionamento, desenvolvimento de liderança, desenvolvimento de infra-estrutura). Nenhum desses processos pode ser conseguido num curto período de tempo, ao contrário, necessitarão de muito tempo de trabalho com a comunidade.

Labonte *apud* Bernstein *et al.* (1994, p. 286) afirma que, empoderamento é, simultaneamente, processo e resultado. Empoderamento é um processo que descreve o relacionamento que está sempre em mudança e nunca é completo; um relacionamento entre aquele que tem formas objetivas de poder e os que não as tem. Já o resultado deve ser alcançar uma distribuição mais eqüitativa, em uma forma objetiva de poder através do processo de exercício de poder dentro de um relacionamento.

Neste ponto, parte-se para outro tópico relevante no que diz respeito ao empoderamento, os tipos ou níveis de empoderamento. Para Zimmerman *apud* Bernstein *et al.* (1994) o empoderamento é um conceito que possui vários níveis. É uma construção a nível individual, quando se refere às variáveis intra-físicas e comportamentais; a nível organizacional, quando se refere à mobilização de recursos e oportunidades participativas; e também pode ser a nível comunitário, quando a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica estão em foco. Isto dificulta uma medida global de empoderamento.

Wallerstein & Bernstein (1994) também definem três níveis de empoderamento: Empoderamento individual ou psicológico, quando se refere à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida. Empoderamento individual combina eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões. Empoderamento organizacional quando se refere ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder. Ele utiliza um processo cooperativo de tomar decisões e está envolvido em aumentar os esforços em direção de uma mesma meta definida. Empoderamento comunitário sendo aquele onde

indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades. Este nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo. É composto de capacidade e ação; onde capacidade é definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação é definida por conseguir uma razoável partilha de recursos.

Labonte (1994) propõe o empoderamento como um holograma. Neste modelo são identificadas estratégias que os profissionais precisam utilizar para reduzir ou minorar uma condição social desigual. Estas estratégias não estão relacionadas a nenhum profissional de saúde nem a disciplinas, mas são mandatos organizacionais e inter-organizacionais. A responsabilidade individual do profissional é ver se o processo inteiro está ajustado e achar seu lugar dentro deste processo. Cada uma das esferas do holograma representa um nível diferente de organização social e relacionamento; este é composto pelas seguintes esferas: cuidado pessoal (empoderamento pessoal); desenvolvimento de pequenos grupos (intra-grupos); organização comunitária (inter-grupo); construção de coalizão e proteção/defesa (inter-organizacional) e ação política (inter-organizacional).

Interessa, particularmente, neste trabalho, a primeira esferas, referentes ao cuidado pessoal. Na primeira esfera, que trata do empoderamento pessoal, os profissionais encontram indivíduos que estão vivendo em situações de desempoderamento. Essas esferas, que compõem o holograma são níveis complementares e não contraditórios já que o empoderamento se desenvolve nos níveis (pessoal ou interpessoal e sociopolítico) e deve ser sustentado por ambos.

Outro tema discutido são os objetivos e finalidades do empoderamento. Segundo Zimmerman *apud* Bernstein *et al.* (1994), a meta do empoderamento é ajudar pessoas, organizações e comunidades a serem mais independentes; gerar auto-confiança e senso de governabilidade, mais do que se sujeitar à força de alguma coisa ou de alguém do exterior. Valores de empoderamento também sugerem que se devem salientar as reivindicações, pelo menos, tanto quanto se focalizam as necessidades. Isto inclui o pressuposto de que muitos problemas sociais existem devidos à distribuição desigual de acesso a recursos.

Também merece destaque as estratégias de empoderamento. Bersntein *et al.* (1994) propõe, como estratégias de empoderamento, as várias formas de desenvolvimento de suporte pessoal, incluindo educação crítica, ajuda mútua, suporte terapêutico. Outra estratégia se dá através de organizações comunitárias, que levam grupos a desafiar formas políticas e econômicas de poder, que os oprime ou domina, através da construção e desenvolvimento de coalizão, que forja relações inter-grupos, dentro de interesses de poder específico e político.

Isto gera um aumento na capacidade dos membros dos grupos em aceitar seus objetivos políticos e econômicos.

### 3.4 EMPODERAMENTO: UMA ARTICULAÇÃO NO CAMPO DO ENVELHECIMENTO

A Gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento, nos seus múltiplos aspectos. Ao fornecer bases teóricas para a construção positiva da velhice, objetiva que a vida tardia seja vivida com o máximo de autonomia e independência.

A Gerontóloga Social canadense, Ellen Gu, resumiu o curso de uma sociedade mais velha, afirmando que essa sociedade é composta de duas realidades que refletem as duas faces da velhice: um aumento do número de pessoas acima de 85 anos, resultando no aumento da responsabilidade de cuidados e um aumento no número de adultos velhos saudáveis e capazes.

Cusack; Thompson (1999) trabalham com a liderança de idosos, investindo na massa dos idosos saudáveis ou sem muita incapacidade. Para ela, nesses tempos de recessão econômica, não importando a idade, gênero e raça, as pessoas têm menos direitos e mais responsabilidade. Esta mensagem tem implicações particulares para os idosos. Assim, o foco deve ser desenvolver serviços para tornar as pessoas idosas capazes, para ficarem em suas próprias comunidades, controlar suas próprias vidas e continuarem a serem produtivas.

É essencial existir uma política que objetive a reintegração das pessoas idosas à sociedade, reforçando que se fará melhor se “enfocarmos uma política de rede social para a população mais velha e se enfocarmos nossa atenção para temas de empoderamento [...]” (GEE & GUTTMAN, 1995, p.6). Deste modo, o empoderamento de cidadãos idosos, individualmente e coletivamente, se torna uma prioridade.

Para Cusack; Thompson (1999) é importante aproveitar essa grande fonte de recursos, que é o crescimento da população idosa, para oferecer treinamento e suporte. Para isso, é preciso definir a estrutura organizacional e qual estilo de liderança facilitará a emergência de idosos, treinados em liderança comunitária. Esta autora coloca, ainda, que o mandato central é direcionado para proporcionar aos idosos um maior controle sobre suas vidas e maior poder de decisão nos grupos comunitários e em outras organizações a que pertençam, estando, portanto, diretamente relacionado com o empoderamento.

Thurz (1993), que também trabalha com o empoderamento de idosos, vai nessa mesma direção, colocando um desafio para todos os que trabalham no campo do



envelhecimento: fazer do empoderamento dos cidadãos idosos uma prioridade. Myers (1993) reafirma esse desafio, na amplitude social, alertando para a necessidade das sociedades atuais desenvolverem regras para as pessoas idosas, de tal forma, que elas possam encontrar um sentido de ser e eleger, para si mesmas, o propósito de serem respeitadas pelos outros, além de se destinarem à construção de uma barreira efetiva contra a vulnerabilidade que as ameaça.

Esses autores trazem a discussão do empoderamento dos idosos, como uma prioridade, justificando, que, com a longevidade, há, geralmente, um processo de desempoderamento. Mudanças sociais nos modos de agir podem levar a uma perda de poder da autonomia e independência individual. Tipicamente, a interação de fatores individuais e sociais, na velhice, traz um ciclo negativo de desempoderamento, resultando na necessidade de reverter esse ciclo através do “re-empoderamento” (CUSACK, THOMPSON, 1999, p.13).

Thurz (1993), presidente do Conselho Nacional dos idosos dos Estados Unidos, desenvolve workshops, através da Federação Internacional dos Idosos (IFA), que têm como resultado a compilação de várias experiências de idosos, que se organizam para modificar a situação de suas vidas. Assim, surge a publicação “*The Possibilities of empowerment*”, no qual afirma, que cuidados e serviços para as pessoas idosas, são componentes essenciais da resposta universal para os mesmos. Entretanto, algo mais é necessário, para que a dignidade e a independência sejam mantidas através da vida.

Pessoas idosas não devem ser vistas como indivíduos inúteis, que tenham perdido sua utilidade para a sociedade. Ainda que mais vulneráveis, os idosos merecem dignidade, amor e respeito. A comunidade deve se organizar para prestar serviço a estas pessoas, providenciando a segurança, além do cuidado e suporte que as famílias possam oferecer. Esta abordagem de perceber os idosos como um grupo vulnerável, entretanto, cria uma dependência e freqüentemente tira do indivíduo, e até de uma classe de indivíduos, o sentido de autonomia e de direção pessoal. Para manter independência e dignidade, os idosos não podem somente ser objeto de compaixão e serviço. Ambos, tanto o indivíduo como o grupo de cidadãos idosos, devem ser envolvidos em tomada de decisões que afetam suas próprias vidas e a comunidade em que eles vivem.

Segundo Myers (1993), a velhice torna as pessoas particularmente vulneráveis à análise e percepções sociais, existindo um perda real do poder pessoal. A tendência para uma vulnerabilidade psicológica e emocional, que advém da falência e queda social, parece ser natural. É, deste modo, imperativo que as pessoas idosas, sejam alertadas para a possibilidade de prevenção, assim para as das conseqüências, caso as pessoas desejem se tornar pessoas empoderadas na velhice.

O empoderamento pessoal é um processo multidimensional e psicologicamente complexo. Ele é melhor entendido através da consideração de fatores psicológicos subjacentes, que, quando combinados com mudanças sociais em resposta à velhice, podem levar a falta de empoderamento numa prévia independência individual. A interação de mudanças individuais e sociais na velhice traz um conjunto de estágios para um ciclo negativo de “desempoderamento” e, simultaneamente, revela implicações para a reversão desta espiral negativa através do “re-empoderamento” (MYERS, 1993, p.3).

Ainda Myers (1993) traz uma discussão interessante para se entender o processo de desempoderamento, que se está pressupondo que ocorra na velhice. O desempoderamento é entendido através da discussão de falência social. Para ela, na velhice acontecem fenômenos que estão fora do controle dos indivíduos como: o confronto com a morte, através da perda de familiares e amigos; a saída do mercado de trabalho pela aposentadoria; a perda involuntária do emprego, como é o caso da aposentadoria compulsória; o maior índice de doenças, devido ao declínio da vitalidade. Neste sentido afirma:

Perda de membros da família, morte de amigos, mudanças geográficas, ou outros fatores são exemplos de mudanças que ocorrem com os idosos sem que eles tenham controle sobre os mesmos, e muitos desses indivíduos que antes tiveram muito controle em suas vidas podem começar a perder o sentido de auto-eficiência (MYERS, 1993, p.4).

Este processo pelo qual idosos ativos experimentam ajustamento negativo na idade avançada, foi descrito por J. Kuypers e Vern Bengt'son como “Falência Social” (MYERS, 1993, p.4). A descrição desta síndrome tornou-se a mais compreensível teoria escrita para descrever o relacionamento entre idosos e o processo de desempoderamento. Essa teoria define a interação entre investimento social e valor pessoal que resulta num ciclo de auto-perpetuação de funções psicologicamente negativas. Este processo inclui quatro estágios importantes: Estágio 1, o primeiro estágio de falência social é uma pré-disposição existente para suscetibilidade à depressão. As atitudes negativas e o preconceito, em relação aos idosos, que existem na maioria das sociedades, contribuem para este estágio. Pessoas idosas são parte da sociedade em que vivem e elas podem ter um visão negativa da velhice e interiorizarem essas atitudes negativas para elas mesmas. Para muitas pessoas idosas, a perda do status social que acompanha a aposentadoria, cria dúvidas sobre suas próprias capacidades. O declínio da força física e da saúde pode criar dúvida sobre a capacidade dos idosos viverem com independência.

Estágio 2, o segundo estágio inicia quando alguém ou um grupo de pessoas começa a ter dúvidas sobre a capacidade ou o comportamento do idoso. Quando é dito que idosos são menos capazes, os próprios idosos começam a questionar suas próprias capacidades. Estágio 3, no terceiro estágio, o idoso começa a ter mais doença e dependência, do que saúde e independência. É esperado dos idosos que aprendam e se acomodem ao papel de doente. Mas, à medida que os idosos incorporam esse papel passivo, a sua vida independente vai se atrofiando e desaparecendo.

Estágio 4: no quarto estágio, os idosos continuam a experimentar a atrofia do comportamento independente, acompanhada pelo aumento da identificação com o papel de doente. Uma nova percepção negativa, como inadequados e incapazes de ação independente, é desenvolvida. Neste estágio, a auto-eficiência é prejudicada. A baixa expectativa de sucesso, resultante de um comportamento dependente, é comum. Observa-se, que neste último estágio, o ciclo da doença começa a repetir-se, mas com uma grande diferença; o idoso está agora mais suscetível à avaliação negativa dos outros e mais vulnerável à interiorização de suas percepções. A sequência de quedas continua de uma maneira negativa e progressiva. A ausência de uma intervenção, para diminuir ou reverter este comportamento, poderá levar o idoso à incapacidade e até mesmo a morte (MYERS, 1993, p.6-7).

Myers (1993) ressalta, ainda, que alguns fatores psicológicos podem estar associados a essa síndrome de falência social, que são: carência, depressão e desencorajamento. Pessoas que experienciam ruptura/perda social podem experimentar uma ou mais combinações desses fatores psicológicos. Entretanto, é possível intervir nessa espiral negativa do processo de falência social, através de algumas estratégias. Myers resgata a síndrome de reconstrução social, descrita por Kuypers and Bengtson *apud* Myers (1993), que pode ser vista também como um modelo de empoderamento. As estratégias podem alterar a qualidade de vida, assim como a intervenção no bem-estar pode alterar o ciclo de falência social numa direção positiva.

Reconstrução social, segundo Kuypers & Bengtson *apud* Myers (1993, p.6), se referem ao processo de interrupção da síndrome de falência social, pelo aumento de competência de pessoas idosas, através da seleção de intervenções psicológicas, sociais e ambientais. Tais intervenções podem ocorrer em qualquer nível da espiral de falência social, mas as intervenções que ocorrem mais cedo são mais eficazes. Interromper o primeiro estágio de falência social requer atenção para as redefinições sociais, no sentido de aumentar o valor dos indivíduos idosos. A valorização de atividades precisam ser cultivadas, como por exemplo, trabalho voluntário, serviço comunitário, consultoria, etc.

o desafio das sociedades é desenvolver atividades para as pessoas idosas nas quais elas possam encontrar um senso de significado e perspectiva, atividades estas que sejam respeitadas pelos demais e que ofereçam uma barreira efetiva para a vulnerabilidade que existe para a maioria das pessoas idosas. (MYERS, 1993, p.6)

O que é mais importante, na perspectiva social é a necessidade de mudar as colocações negativas para as pessoas idosas. Dentro das atitudes de decisão, ao invés de fazer as coisas pelas pessoas idosas, a meta deve ser desenvolver atividades que permitam às pessoas idosas ser parte do processo decisório, concernente aos eventos de suas próprias vidas.

Empoderamento através da prevenção e do bem-estar. O empoderamento pode ser visto tanto do ponto de vista da prevenção quanto da consequência. É melhor começar as intervenções enquanto o “desengajamento” e o desencorajamento ainda não foram internalizados. As intervenções preventivas enfatizam o empoderamento, ainda num estágio de saúde e bem-estar, antes da doença ser instalada. O empoderamento, sob esta perspectiva, reflete um conceito de vida, no qual as pessoas possam viver com mais saúde e escolher um ambiente mais saudável.

A perspectiva do “ciclo de vida” ou *lifespan* necessita que os indivíduos estejam atentos ao seu desenvolvimento físico e emocional, dentro do seu ciclo de vida. As várias escolhas podem, mais cedo ou mais tarde, afetar o funcionamento do ciclo de vida num estágio mais tardio de suas vidas. “O bem-estar como uma filosofia de empoderamento se refere à necessidade de ser assertivo, em criar seus próprios desejos para a sua vida, ao invés de meramente reagir às circunstâncias da vida” (MYERS, 1993, p.7).

O bem-estar aumenta a possibilidade dos indivíduos tomarem conta de si mesmos. A abordagem do bem-estar “empodera os indivíduos para se tornarem mais auto-suficientes e manterem seus estilos de vida com mais saúde. Isto é verdade em qualquer ponto do ciclo de vida e pode ser especialmente importante para o final da vida”(MYERS, 1993, p.7). Essas intervenções de bem-estar devem ser discutidas à luz de uma abordagem holística, que integra funções físicas, emocionais e espirituais. Esses três aspectos estão interrelacionados, tanto que uma mudança numa dessas áreas causa e contribui para uma mudança nas outras áreas. Estas são mudanças positivas que demonstram que o todo é maior do que a soma de suas partes.

Myers (1993) faz uma ressalva, ao informar que este modelo de falência social e a intervenção da reconstrução social, só têm eficácia para sociedades ocidentais, onde a visão do processo de envelhecimento é, ainda, pejorativa. Está idéia está de acordo com a discussão anterior sobre se levar em conta o contexto onde se dá o processo de empoderamento. Esta

autora, coloca que esse modelo é ineficaz em explicar ou prever o ajustamento da velhice, em sociedades nas quais se espera que as pessoas vivam uma vida passiva, na velhice; ou naquelas, onde o envelhecimento é visto positivamente, com respeito e veneração. Pode-se pensar, por exemplo, no Japão, onde as pessoas idosas são tradicionalmente respeitadas em virtude de sua idade.

Nestas sociedades, o primeiro estágio da falência social, que é a depressão pela incorporação de valores sociais negativos, não existe, porque, embora possa haver a dependência física, é mantido o respeito à pessoa idosa pelos membros mais jovens da família. Por isso, a falência social não existe e o idoso não se sente desempoderado, do mesmo modo como acontece nas sociedades ocidentais. Um outro exemplo é dado na cultura budista, onde o status emocional é fornecido pelo aumento da idade; ou seja, quanto mais velha, mais valorizada é a pessoa. Na sociedade ocidental, ao contrário, quanto mais velha, menos poder a pessoa tem. Esses exemplos mostram a necessidade de se considerar o empoderamento individual dentro de um contexto cultural.

Deste modo, o empoderamento das pessoas idosas nas culturas orientais pode ser visto como contraproducente, da forma como foi definido dentro do contexto da falência social. Por outro lado, o empoderamento, sob a perspectiva de bem-estar, já é um conceito viável em todas as culturas. Isso porque as pessoas idosas, que experimentam bem-estar, estão aptas a encontrar expectativas em suas culturas fazendo escolhas, que aumentem o seu bem-estar na velhice. O bem-estar permite às pessoas experimentarem um senso de empoderamento, não importando suas circunstâncias de vida. Dessa forma, a perspectiva de empoderamento sob a filosofia de bem-estar tem uma aplicabilidade transcultural muito maior do que o modelo de falência social (MYERS, 1993).

### **3.4.1 Autonomia positiva como um indicador de saúde**

Pelo fato de se entender o empoderamento como um processo pelo qual as pessoas obtêm controle sobre suas vidas, então, se faz necessário trabalhar com um indicador de saúde, que venha ao encontro deste processo. Empoderamento é um estado de ter poder, ou seja, de obter as ferramentas necessárias para mover a própria vida na direção que se deseja que ela se mova. Neste sentido, ele está associado diretamente ao conceito de autonomia. Assim, tem-se o indicador de autonomia, visto a partir do modelo de Autonomia Positiva, desenvolvido por Farinatti (1997, p. 32), que declara que “da mesma forma que saúde não é ausência de doença, a autonomia não é ausência de dependência física”. Deste modo, a

autonomia é vista sob o prisma da auto-realização, da perspectiva da realização das possibilidades.

Na argumentação de Kalache, a sociedade sonha com uma população que viva cada vez mais, tendo aspirações que o idoso mantenha sua saúde com autonomia, para o desempenho das “funções do dia-a-dia que o façam independentes dentro do seu contato sócio-econômico-cultural. Desse modo, envelhecer sem incapacidades é fundamental para a qualidade de vida. Assim, autonomia e independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida, para a população mais velha. (PASCHOAL, 1996).

Cusack, estudando as mudanças na natureza da aposentadoria, faz uma ressalva sobre as palavras *senior* (idoso, velho) e *retirement* (aposentado) afirmando que elas estão se tornando cada vez menos usadas, devido a tendências de atividades durante a vida tardia. Descrever indivíduos como sendo da “Terceira Idade” (*Third Age*) representa uma alternativa para os termos *elderly* (envelhecimento) e *senior* (idoso) refletindo um movimento em direção a um maior respeito. O conceito de Terceira Idade é tanto uma definição individual quanto coletiva. Uma sociedade na Terceira Idade é definida “demograficamente, onde 10% ou mais de sua população tem acima de 65 anos e 50% dos adultos acima de 25 anos com expectativa de vida de no mínimo 70 anos.” (CUSACK; THOMPSON, 1999, p.13).

A nível individual, a terceira idade pode ser concebida como o terceiro dos quatro estágios do curso da vida, definidos por Laslett *apud* Cusack; Thompson (1999, p.13):

um estágio de dependência, educação e sociabilização; um estágio de individualização e responsabilidade; um estágio de realização pessoal e desempenho e realização; um estágio de dependência e decrepitude.

Laslett sugere, que é no terceiro estágio, que estão a maioria das características da aposentadoria. A terceira idade acontece, geralmente, após a aposentadoria do homem. Para as mulheres, que foram donas de casa, este estágio pode vir como um alívio das responsabilidades familiares, como por exemplo, após a viuvez ou a morte de pais idosos. De qualquer forma, o que Cusack; Thompson (1999) enfoca é que, para ambos, este é um período na vida tardia, caracterizado por uma participação ativa e escolhas pessoais, antes do período de uma dependência maior. A promessa dessa “nova terceira idade” significa a produtividade, não por meio do trabalho, mas daquelas atividades que escolheu para desenvolver e o engajamento ativo. Nesse sentido, o período do quarto estágio, representado pelo declínio e a dependência, será severamente reduzido ou até eliminado, para a maioria das pessoas.

Ao se focar a autonomia positiva, o que se pretende é focar a saúde e não mais a doença. Estando associada diretamente à noção de saúde positiva, “a abordagem da autonomia é positiva quando ela é vista sob o prisma da realização da autocapacitação (...) bons níveis de autonomia positiva são importantes para um bem estar verdadeiro.” (FARINATTI, 1997, p.33). Downie *et al.* (1999) define bem-estar verdadeiro ligando-o às possibilidades de “controlar a própria vida, de escolher o que se quer fazer ou ser, de desenvolver os talentos individuais” (FARINATTI, 1997, p.33). Dessa forma, Farinatti conclui que o bem-estar verdadeiro nada mais é do que a “consequência natural do processo de autocapacitação (empoderamento), da autonomia individual face às circunstâncias da vida”.

É importante refletir sobre os valores de autonomia e empoderamento, esta é outra abordagem de empoderamento, caracterizada pela identificação de forças, ao invés de catalogar fatores de risco; pelo aumento do bem-estar, ao invés de fixar problemas; pela procura de influências do ambiente, ao invés de culpabilizar as vítimas (Zimmerman *apud* BERSTEIN *et al.*, 1994, p. 283).

Farinatti (1997) define três níveis da autonomia positiva: 1) **autonomia de ação**, que incorpora a noção de capacidade física. É a pessoa poder se mover fisicamente de forma independente; 2) **autonomia de vontade** (ou de intenção), que se refere à capacidade de autodeterminação, que é um valor da autonomia que será definida mais adiante, por Downie *et al.* (1999). Relaciona-se com a capacidade do indivíduo escolher livremente, de acordo com a sua vontade; 3) **autonomia de pensamento**, que é um nível mais profundo da autonomia, diretamente relacionado com a autonomia de vontade, só que pressupõe um conhecimento crítico, uma reflexão mais consciente de escolha.

O primeiro nível de autonomia tem a ver com a capacidade física e pode ser medida pelas escalas que medem Atividade de Vida Diária (AVD). Já os outros dois níveis abordam a questão do poder de decisão, ou seja, ser autônomo não é só ter capacidade física, mas ter autonomia para decidir sobre a sua vida. Neste sentido, eles estão diretamente relacionadas ao empoderamento que é o indivíduo poder obter controle sobre a sua vida.

Downie *et al.* (1999) traz, para dentro do campo da Promoção da Saúde, a discussão sobre valores associados à autonomia. Para ele, valores são princípios que as pessoas têm e que regem as escolhas perante a vida. Esses valores são sempre comparativos, ou seja, os indivíduos vão valorizar algo sempre em comparação a outros valores. Cita como exemplo, as escolhas dos indivíduos sobre sua saúde. Se a saúde está entre os princípios pessoais, o indivíduo irá sacrificar outras coisas em nome da obtenção da saúde. Por exemplo, a pessoa

que é fumante e está com câncer, pode escolher parar de fumar em nome da restauração da sua saúde; e estará sacrificando seu prazer em fumar, em nome da saúde.

Ainda esse autor, coloca que existem valores consensuais que são compartilhados historicamente pelas sociedades, como a solidariedade, a preocupação com o meio-ambiente, entre outros. Assim como existem valores sociais, existem também valores pessoais, que são compartilhados e que são necessários para a prosperidade da humanidade. São eles:

Capacidade de auto-determinação, que se refere à “habilidade para se auto-determinar”, ou seja, a habilidade para escolher por si mesmo, ou mais extensivamente, a habilidade para formular e continuar com os seus próprios planos. A importância de se atentar para essa habilidade está relacionada à autonomia, isto é, estar apto a andar com seus próprios pés, ou por seus próprios meios; conhecer o que deseja; ter objetivos na sua vida. Deste modo, “auto-determinação é um valor pessoal essencial para o crescimento e desenvolvimento da personalidade humana e, portanto, do verdadeiro bem-estar” (DOWNIE *et al.*, 1999, p. 162).

Capacidade de auto-governo, que se refere à habilidade de se auto-governar e tem por objetivo a igualdade de condições. Tem a ver com a alteridade, ou seja, de se colocar além de seu próprio interesse para levar em conta as necessidades dos outros, como se fossem a sua própria. Se relaciona também com a equidade, e reflete um traço de maturidade da personalidade. Senso de responsabilidade, que pode ser caracterizado como a habilidade de se responsabilizar por suas ações.

Auto-desenvolvimento ou auto-realização, que está relacionado com o sentimento de que existem algumas atividades (físicas, mentais ou sociais) nas quais as pessoas podem se destacar. Este sentimento cria um desejo de desenvolver esta capacidade e expressá-la.

A literatura de educação para a saúde e promoção da saúde reconhece a importância dos valores denominados de “auto-desenvolvimento ou auto-realização”, pela relevância que dão à aquisição das chamadas “habilidades pessoais – *lifeskills*” (DOWNIE *et al.*, 1999, p.163). Habilidades pessoais envolvem aprendizagem e tomada de decisão; de como obter controle de sua própria vida, mais do que estar à mercê das circunstâncias, assim, o empoderamento está mais relacionado ao chamado “auto-desenvolvimento”. Autores como Antonovsky *apud* Downie *et al.*, (1999) apontam a importância de adquirir o “senso de coerência” sobre a sua própria vida.

Estes valores estão diretamente relacionados à auto-estima. Porém, Downie *et al.* (1999) afirma que a auto-estima não deve ser considerada como um valor pessoal, já que ela não é algo que se possa escolher. O que pode ser escolhido é o auto-desenvolvimento, ou, em



linguagem mais coloquial da PS, as habilidades pessoais. É importante ressaltar, entretanto, que se a pessoa escolhe desenvolver as habilidades pessoais, a auto-estima virá como resultado. Em outras palavras, a auto-estima é um produto, uma consequência das habilidades pessoais.

Downie *et al.* (1999) relaciona estes quatro valores como faces de um mesmo conceito, muito usado na literatura médica e da saúde, que é o conceito de autonomia. Coloca ainda três aspectos importantes para entendermos a autonomia como um valor pessoal: a autonomia deve ser entendida como um valor unificado da personalidade individual, apresentando aspectos cognitivos, afetivos e conotativos; estes valores existem dentro de um contexto social e não podem ser entendidos fora desta dimensão, porque os seres humanos não existem completamente separados dos outros; os ingredientes da autonomia são carregados de referenciais essenciais para a sociedade. Isto quer dizer, que, na dimensão social, a pessoa autônoma é um cidadão; e emocionalmente significa que uma pessoa autônoma não vive num vazio, ou seja, a pessoa só existe em relacionamentos emocionais com outras pessoas, e estes relacionamentos são essenciais para a identidade delas. E por fim, destaca-se que a autonomia é um valor. É ideal objetivá-la desta forma, mais do que como uma característica que todo mundo possui.

A promoção da saúde é um movimento que contribui para o desenvolvimento da autonomia. Este é o motivo pelos quais os promotores frequentemente expressam seus objetivos profissionais em termos do conceito de empoderamento. Empoderar pessoas é tornar possível, ou permitir que as pessoas desenvolvam a sua autonomia ou se tornem o que elas querem ser (DOWNIE, *et al.*, 1999, p.165).

Conforme dito anteriormente, esses valores consensuais devem ser adotados pelas sociedades se elas quiserem prosperar. Valores, esses, tanto pessoais como sociais, ambos os valores “expressam verdades físicas e psicológicas sobre o ser humano e a pressão, ou coação sobre suas vidas. Em ambos os casos, os valores são fontes do empoderamento o qual constitui o verdadeiro bem-estar individual e social.” (DOWNIE *et al.*, 1999, p.167).

Favorecer o empoderamento das pessoas, portanto, para que tracem planos para suas próprias vidas é pensar a saúde como um conceito positivo, que extrapola um estilo de vida saudável para ir a busca de um bem estar global, livre de doenças psíquicas, biológicas e sociais, já que as possibilidades de superação das adversidades passam a se mostrar disponíveis para aquelas pessoas que vêem sujeitos reflexivos e ativos na sociedade e, portanto, capazes de mudar a realidade em que se encontram (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

## 4 METODOLOGIA

A seguir apresenta-se a trajetória metodológica para o desenvolvimento da pesquisa, que inclui: a modalidade metodológica, o cenário, os informantes, os procedimentos de coleta das informações, o método de análise dos dados, assim como os aspectos éticos que permearam este estudo.

### 4.1 MODALIDADE METODOLÓGICA

O estudo é de caráter qualitativo, no qual foi desenvolvido a trajetória metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Este tipo de pesquisa, é entendida como “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; portanto, esta pesquisa está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A pesquisa convergente assistencial é um método de pesquisa que converge para a prática assistencial de Enfermagem de forma a possibilitar inovações, legitimar cientificamente as bases de mudanças desejáveis e encontrar soluções para problemas existentes nas situações sociais da assistência (TRENTINI; PAIM, 2001, p. 11).

O ato de assistir/cuidar está incluído no processo de pesquisar. Segundo as autoras Trentini; Paim (1999) esta modalidade articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo de pesquisa, para as situações práticas; por outro lado os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática.

A PCA se caracteriza como abordagem qualitativa, pois inclui necessariamente variáveis subjetivas na interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. O profissional de enfermagem encontra um instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando implicações teóricas e práticas do seu fazer.

A trajetória metodológica percorre um processo de ordem crescente, que vai “do eu fazer” para o “como fazer” e, deste para o “por que fazer”, ou seja, “saber fazer” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 28). Conforme as autoras *op cit.* a pesquisa convergente assistencial:

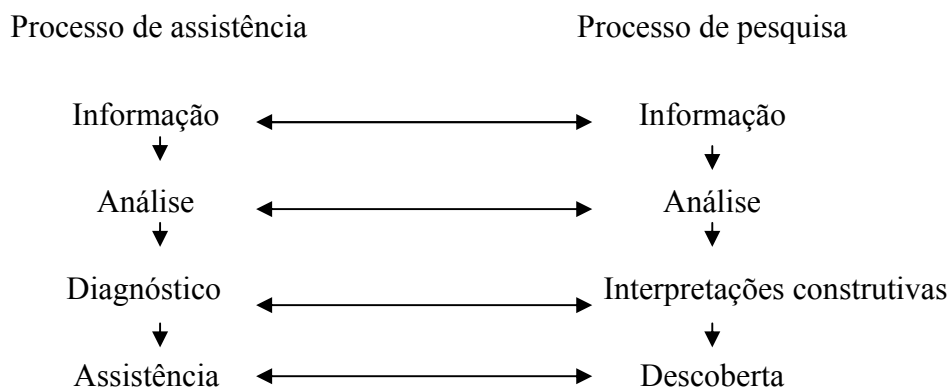
Não se propõem a generalizações, mas sim transferências; conduzida para desvelar realidades; resolução de problemas específicos e introdução de inovações em situações específicas em determinado contexto da prática profissional; se propõe a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer; não estabelece métodos e técnicas científicas da pesquisa, aceita métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A finalidade da PCA é produzir conhecimento que forneça subsídios para um fazer imediato, em que o pesquisador e os sujeitos da pesquisa estão envolvidos e tem o objetivo de melhorar a situação encontrada no início. Para tanto, são exigidos alguns critérios específicos à natureza do seu compromisso com a prática assistencial, a saber:

O tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e estar associado à situação problema da prática. Deve ser de interesse da população e do profissional envolvido, propondo soluções e mudanças a serem realizadas; deve introduzir inovações no campo da prática a serem desenvolvidas concomitantemente com o trabalho do pesquisador; envolver de maneira participativa as pessoas investigadas; reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2001, p. 28).

Necessariamente a PCA, lida com a vida de seres humanos e esta consiste, em si mesma, em tema inesgotável. Esse tipo de pesquisa requer uma explicação ética, não só por relatar situações vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa, mas também por descobrir avanços possíveis do conhecimento e novas ações daí decorrentes (TRENTINI; PAIM, 2001, p. 12). As autoras citadas anteriormente apresentam as semelhanças entre o processo de assistência/cuidado e o processo de pesquisa. Ambos os processos requerem coleta de informações para identificar problemas, desenvolver planos e implementá-los. Na prática assistencial, as informações submetidas à análise levam ao diagnóstico e estas, à assistência, enquanto na pesquisa levam a interpretações construtivas e estas às descobertas e possíveis encaminhamentos de transformações, de mudanças.

Na seqüência esquema que representa a articulação pesquisa e prática assistencial de enfermagem:

**FIGURA 4 - Articulação da pesquisa e da prática assistencial de enfermagem**

Fonte: TRENTINI; PAIM (2001, p. 26).

Para realização dessa modalidade de pesquisa é necessária a participação ativa dos sujeitos da mesma, uma vez que está orientada para diminuir os problemas da prática:

Quando um pesquisador decide desenvolver uma pesquisa de campo convergente assistencial, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial, [...] o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado (TRENTINI; PAIM, 2003, p. 25).

“A pesquisa, assistência e participação são elementos centrais dessa metodologia. Da articulação desses três elementos emerge outro, unificador, que denominamos convergência; estes tomam parte em duplo jogo [...] articulando teoria e prática” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 83).

Em busca de uma atenção individualizada e a necessidade de interação junto ao idoso, considerou-se que a metodologia da PCA oferece possibilidade de aproximação e negociação entre o idoso com diabetes *mellitus* e o pesquisador.

#### 4.2 INFORMANTES

Fazem parte deste estudo idosos de ambos os sexos, que estão cadastrados no programa de diabéticos, de uma unidade de saúde da cidade de Curitiba, PR. De acordo com o artigo 2º da Lei Federal nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, “é considerado idoso aquele que possui idade maior e/ou igual a 60 anos” (BRASIL, 1994).

Constituíram critérios de inclusão no estudo: a) ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; b) estar com diabetes *mellitus* tipo 2 diagnosticada há mais de 12 meses (apresentar diagnóstico médico de diabetes *mellitus* tipo 2); c) estar inscrito no programa de diabéticos da unidade de saúde selecionada; d) residir na área de abrangência do atendimento da unidade de saúde; e) aceitar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa; f) estar em condições físicas e cognitivas; g) ter disponibilidade de tempo para participar do estudo; h) estar disposto a oferecer informações para o estudo; i) concordar com a visita domiciliar e com a gravação das entrevistas em fitas magnéticas.

Dos 165 idosos com diabetes tipo 2, insulino dependentes, cadastrados no programa de diabéticos da unidade de saúde, residentes nos bairros: Centro, Rebouças e Alto da XV, foram selecionados aleatoriamente 6 idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão.

#### 4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O desenvolvimento deste estudo foi realizado em dois cenários distintos, numa unidade de saúde e no domicílio dos idosos.

A unidade de saúde foi o primeiro cenário do estudo, escolhida por ser referência em atendimento para o idoso da cidade de Curitiba. As estruturas físicas e a organização dos programas estão direcionadas para a população da terceira idade. Na área física verifica-se a existência de piscina, quadra de esportes, pista de caminhada, e número significativo de cadeiras, rampas e corrimão.

A seção de recursos humanos consta com uma equipe multiprofissional treinada para o atendimento ao idoso, de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, odontólogos. Dentre os programas que a referida unidade possui desenvolve um específico para os diabéticos, neste são dirigidas orientações, educação em saúde e entrega de medicação.

O segundo cenário do estudo foi o domicílio dos idosos com diabetes *mellitus*, onde foram realizadas entrevistas individualizadas e ações de cuidado gerontológico.

#### 4.4 PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas no período de 09 de abril a 10 de agosto de 2007. Foi utilizada durante todo o processo a metodologia da pesquisa convergente assistencial que “inclui atividades de cuidado/assistência que não se restringe somente ao ato de cuidar, mas de analisar a melhor forma de cuidar do cliente” (TRENTINI; PAIM, 2003, p. 31), sendo

assim é indicada a coleta de dados concomitante com a realização da assistência. As autoras *op cit.* apontam que o pesquisador assume dupla função: o de pesquisador e o de enfermeiro assistencial, pois a pesquisa convergente assistencial e a prática assistencial podem ser conduzidas no mesmo espaço e pelos mesmos profissionais.

Tendo em vista a meta das ações de cuidado gerontológico de enfermagem alicerçadas no empoderamento, foram assumidos os seguintes princípios fundamentais: 1) os indivíduos são primariamente responsáveis pela própria saúde; 2) os indivíduos têm o direito e a capacidade para desenvolver o cuidado de si; 3) os indivíduos têm autonomia de ação, cabendo a enfermeira proporcionar-lhes estímulos para promover o empoderamento; 4) as decisões dos indivíduos devem ser valorizadas e suas opiniões devem ser as bases para as ações; 5) o respeito deve ser mútuo entre o indivíduo e o pesquisador; e 6) a confiança mútua é um aspecto necessário ao processo de empoderamento. Esses princípios, em conformidade com a abordagem dialógica, democrática e ética foram utilizados durante as atividades da pesquisa, entendendo o idoso, acompanhante e familiar como co-participes do processo.

As informações foram obtidas por meio de: entrevistas gravadas, primeiramente a entrevista foi realizada na unidade de saúde, utilizando roteiro semi estruturado, com questões abertas e fechadas, durante a consulta de enfermagem, com o intuito de identificar aspectos socioeconômicos e clínicos dos idosos. Num segundo momento, no domicílio também foram utilizadas entrevistas gravadas utilizando roteiro semi estruturado, ao término de cada prática de educação para a saúde (realizada em 3 partes).

Também foram utilizados como instrumento para coleta de dados, questionários, a saber: Questionário de Percepção da Doença (IPQ-R) (Anexo 1), este questionário encontrava-se dividido em 3 seções com as dimensões da Identidade e Causas separadas das restantes. Neste estudo foi aplicada somente a primeira seção (identidade), no qual é pedido aos sujeitos que identifiquem, dos 14 sintomas, os experienciados, e que depois os associem ou não à sua diabetes. A sua soma constitui a sub-escala da identidade da doença. Quanto maior o valor obtido, mais forte é a identidade da doença e também foi aplicado o questionário da Ansiedade (HADS) (Anexo 2), o HADS é uma escala de auto-avaliação que tem como objetivo detectar estados de ansiedade e depressão em doentes em regime ambulatorial e seleciona apenas sintomas psicológicos (eliminando o efeito somativo da comorbidade, em que os sintomas de âmbito somático são simultaneamente expressão de doença física ou psíquica). É composta por duas sub-escalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma delas com 7 itens. Neste trabalho foi aplicado somente a escala relacionada a ansiedade.

Ainda como meio para a coleta das informações, foi utilizada metodologia observacional da realidade, estas foram realizadas durante todos os momentos da pesquisa, na unidade de saúde e no domicílio, conforme orientação de Spradley (1980). O modelo de observação proposto por Spradley permite observar as atividades das pessoas, as características físicas da situação social e a satisfação em participar da cena cultural. O autor *op cit.* orienta que se façam observações gerais para obter uma visão ampla do cenário, após observações focalizadas e seletivas com o intuito de levantar informações detalhadas do campo.

As informações foram coletadas durante: a assistência individualizada, a visita domiciliar e a prática das ações de cuidado gerontológico de enfermagem.

A assistência individualizada permite a interação com o paciente, desenvolvendo vínculo de confiança e realização de ações individualizadas. Foi um momento em que o profissional e o idoso se envolveram em processo permeado pelo respeito mútuo. Os dados coletados durante assistência individualizada, foram angariados na unidade de saúde e no domicílio.

A visita domiciliar foi realizada com o intuito de estreitar o vínculo de confiança e interação entre pesquisador, pesquisado e familiares, também como estratégia para identificar informações sobre o contexto de vida do idoso. Nestas visitas foram utilizados como meio de aproximação ao paciente a aferição da pressão arterial e a verificação da glicemia capilar periférica, demonstrando a intenção de intercâmbio de informações. Nestas visitas foram realizadas as ações de cuidado gerontológico de enfermagem junto aos idosos e acompanhantes. Estas ações tiveram intenção de promover a saúde do idoso, estimulando o empoderamento.

Para melhor compreensão da coleta de dados, na sequência será descrito passo a passo o desmembramento do estudo:

A **primeira etapa do estudo**, fase exploratória, foi realizada assistência individualizada com entrevista gravada utilizando roteiro semi estruturado, estabelecendo relação interativa e espontânea entre o pesquisador e os 6 idosos pesquisados com os respectivos acompanhantes. Esta etapa foi realizada no período de 09 de abril a 25 de abril de 2007, na unidade de saúde, com a finalidade de ressaltar os objetivos, a metodologia da pesquisa e a importância dos participantes de manifestarem a concordância em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Os idosos que aceitaram participar do estudo, neste mesmo período responderam aos questionários IPQ/R (Anexo 1) e HADS (Anexo 2).

A **segunda etapa do estudo**, ainda caracterizada como fase exploratória, foi realizada assistência individualizada com entrevista gravada. Como finalidade desta etapa teve-se a avaliação de enfermagem (consulta de enfermagem), utilizando roteiro semi estruturado para identificação das características socioeconômicas e clínicas dos idosos (Apêndice 2), incluindo avaliação da capacidade funcional (ABVD, AIVD) e avaliação do Teste de Semmes-Weinstein. A consulta de enfermagem, foi realizada na unidade de saúde, em espaço físico próprio reservado (consultório), estas ações foram desenvolvidas no período entre 26 de abril e 03 de maio de 2007.

Na sequência, **terceira etapa**, foram realizadas visitas domiciliares, buscando interações com os idosos (esta estratégia também foi utilizada para conhecer o contexto de vida do idoso), concomitantemente com as visitas domiciliares foi desenvolvido processo de enfermagem, sendo descrito e interpretado as situações problemas do idoso com diabetes, de forma individualizada, identificando suas necessidades, considerando seu conhecimento sobre a doença e construindo os diagnósticos de enfermagem. Nesta etapa foi realizado acordo de cooperação mútua entre profissional e idoso, sobre as atividades planejadas, ressaltando a necessidade (particularidades) de cada idoso e selando compromisso e concordância com as ações planejadas. Esta etapa foi realizada no período de 04 de maio a 04 de junho de 2007.

Na sequência, **quarta etapa**, foram realizadas as ações de cuidado gerontológico de enfermagem. Estas ações também ocorreram no domicílio, este cenário foi escolhido por propiciar interação do pesquisador com o ambiente natural do idoso, favorecido pelo contexto de sua realidade e participação de familiares e/ou acompanhantes. Os materiais produzidos para auxiliar nas ações de cuidado gerontológico foram: calendário educativo (Apêndice 3), cartilha educativa, diário sobre aplicação da insulina e verificação da glicêmica (Apêndice 4), álbum seriado parte I (Apêndice 5); álbum seriado parte II (Apêndice 6); álbum seriado parte III (Apêndice 7).

Estes encontros ocorreram no período de 05 de junho a 31 de julho de 2007 e totalizaram em média 4 encontros com cada idoso integrante da pesquisa (lembrando que como o planejamento foi realizado de acordo com as necessidades individuais, alguns idosos necessitaram de mais encontros e outros menos).

O último momento da coleta de dados, **sexta etapa**, também foi realizado no domicílio do pesquisado, em agosto de 2007, objetivando avaliar o processo cuidado gerontológico de enfermagem realizado junto aos idosos. Esta avaliação foi conseguida por meio de entrevista gravada, utilizando roteiro semi estruturado (contendo questões abertas) (Apêndice 8) e



também foi utilizado como dados avaliativos o monitoramento do controle metabólico dos idosos (glicemia e pressão arterial verificados durante cada encontro com os idosos).

#### 4.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

As informações oriundas das observações, relacionadas aos cenários do estudo foram analisadas em conjunto com os demais dados e propiciaram o desenvolvimento de considerações acerca da realidade vivenciada.

Os dados socioeconômicos e clínicos coletados, foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva (frequência simples).

Com as informações coletadas durante as entrevistas, procedeu-se a análise de conteúdo. Segundo Minayo (2003, p. 74) que orienta a análise de conteúdo para descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, “[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente)”.

A análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (VERGARA, 2003, p. 15). A finalidade da análise de conteúdo é produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos (PUGLISI; FRANCO, 2005, p. 25).

O tratamento dos dados obedeceu aos passos sugeridos por Minayo (2003) quais sejam: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, ou seja, procedeu-se a ordenação das falas após a transcrição integral das fitas K-7 e da leitura exaustiva do material empírico. A seguir, selecionaram-se partes do material, buscando as idéias relevantes que constituem as unidades de significado, as quais foram codificadas e organizadas em subtemas, relacionando-os aos temas.

Os dados deste estudo foram apresentados em redação descritiva, utilizando também quadros, gráficos, estatística simples e figuras esquemáticas.

#### 4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Foi solicitada a autoridade sanitária da unidade de saúde, liberação para desenvolvimento do estudo, já de posse desta, foi encaminhamento o projeto para a análise e parecer do Comitê Setorial de Ética do SCS-UFPR, o qual foi aprovado conforme parecer

(Anexo 3) no dia 26 de setembro de 2006, com registro CEP/SD: 306 SM 087-06-09 FR: 107903 CAAE 007.0.0.085.091.0. Tal procedimento visa atender aos dispositivos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Cabe ressaltar que em todas as etapas do projeto de pesquisa, será considerada e cumprida as base da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

O estudo foi esclarecido para todos os sujeitos envolvidos e dos que manifestarem concordância em participar na realização de todos os passos de desenvolvimento da pesquisa, assumindo assim, o compromisso na participação da pesquisa, ao assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). O documento contou com a assinatura do pesquisador e pesquisado, em duas vias, uma para o arquivo da pesquisadora e outra entregue ao idoso, sujeito da pesquisa. Foi assegurado aos idosos, o direito de desistirem da participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento na unidade de saúde, bem como os benefícios que direta ou indiretamente pudessem contribuir na melhora da qualidade de atendimento prestado aos portadores de diabetes; participação voluntária, sem nenhuma remuneração em espécie alguma; também foi esclarecido que, nos resultados e divulgação da pesquisa sempre será preservado o anonimato dos entrevistados e da instituição, bem como a fidedignidade dos dados.

## 5 RESULTADOS

A seguir apresentam-se os resultados de acordo com os objetivos propostos no presente estudo. Os subtítulos envolvidos nos resultados estão relacionados à descrição do cenário; caracterização da população do estudo, segundo variáveis socioeconômicas e clínicas; sistema de conhecimento dos idosos sobre o diabetes *mellitus*; temas e subtemas emergentes das entrevistas; diagnósticos de enfermagem e intervenções do enfermeiro; desdobramentos das intervenções do enfermeiro e avaliação das ações de cuidado gerontológico de enfermagem.

### 5.1 DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS

As diretrizes básicas da atenção à saúde do idoso em Curitiba, perfazem atividades educativas, físicas e de assistência. Estas ações têm por meta a promoção de saúde através da adoção de hábitos saudáveis de vida e a prevenção de doenças. Vivem na capital 133.619 idosos, pessoas com 60 anos ou mais, o equivalente a 8,04% da população total. Deste total, 30.138 (15%) moram no Distrito Sanitário da Matriz (PAIVA, 2006). Devido à maior concentração de pessoas da terceira idade na região Matriz, a Prefeitura de Curitiba implantou em 1999 a Unidade de Saúde, na Região Central. A unidade é referência na atenção integral aos idosos.

As estruturas físicas e a organização dos programas na referida unidade de saúde (US) estão direcionadas para a população da terceira idade. Na estrutura física verifica-se a existência de piscina, quadra de esportes, pista de caminhada, e organização da unidade com número significativo de cadeiras, rampas, corrimão e atendimento realizado quase completamente no andar térreo, principalmente o atendimento aos idosos (setor de geriatria) é realizado no referido piso. Porém o auditório, onde são realizadas as atividades educativas do programa do diabético, é localizado no 1º andar, há acesso a este piso por escadas e elevador.

A equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, odontólogo), está treinada para o atendimento ao idoso. A autoridade sanitária da US é enfermeira e envolve-se cotidianamente nas atividades desenvolvidas, além desta, a unidade conta com duas enfermeiras por turno (manhã e tarde), e que são responsáveis pela equipe de enfermagem. Dificilmente estas profissionais se envolvem na assistência direta ao paciente, permanecem maior parte do tempo na esfera administrativa.

Na unidade de saúde, circulam por dia mais de mil pessoas. A demanda é por consultas básicas e especializadas - geriatria, neurologia, ortopedia, cardiologia, fisioterapia, saúde mental e outras. O atendimento especializado inclui também os programas de hipertensos e diabéticos, que atendem aproximadamente 3 mil usuários (CURITIBA, 2005).

O programa de diabéticos foi criado especialmente para as pessoas que tem a patologia do diabetes, entretanto estão inseridas as pessoas com hipertensão e diabetes, ou seja aquelas que apresentam ambas as patologias. O referido programa finalizou o ano de 2004 com 22.276 diabéticos inscritos. Na US, o trabalho com os diabéticos é realizado pela equipe multidisciplinar. Existe uma ação integrada entre as secretarias municipais da Saúde e do Esporte Lazer e Fundação da Ação Social (FAS). As ações são de promoção de saúde e prevenção, incentivando o auto-cuidado e a sociabilidade do adulto e do idoso, como forma de prepará-los para o envelhecimento saudável.

No programa para os diabéticos são desenvolvidas diversas atividades, dentre elas: campanhas educativas, oficinas e palestras, além de atividades físicas, lúdicas e de lazer (alongamento, dança, caminhadas, hidroginástica, hidroterapia, yoga, oficinas de ikebana e passeios). As atividades de enfermagem desenvolvidas (oficinas, palestras, campanhas educativas) são realizadas por auxiliares de enfermagem, que planejam as atividades e constroem o material necessário para execução. Observou-se com frequência o enfermeiro delegando para os auxiliares de enfermagem a realização das atividades com os diabéticos, principalmente as educativas. Em diversos momentos observou-se o desinteresse em se envolver nas ações de cuidado junto aos idosos diabéticos.

Neste cenário, em uma sala utilizada como consultório de enfermagem, ocorreu o primeiro e o segundo contato com os idosos participantes deste estudo.

### **5.1.1 O domicílio**

Outro cenário que compõem este estudo é o domicílio dos idosos com diabetes, as visitas e ações de cuidado ocorreram neste espaço, sendo assim caracterizou-se como necessária a designação de subitem específico para descrição do domicílio, contendo as informações observadas e analisadas durante as atividades de coleta de dados. Cabe salientar que nestas visitas teve-se sempre o cortejo de algum acompanhante do idoso, que em alguns casos eram familiares (cônjuges, filhos) ou vizinhos. Esta participação possibilitou maior

entrosamento e confiança nas atividades desenvolvidas entre profissional, idoso e acompanhante.

A residência dos idosos com diabetes *mellitus* incluídos neste estudo, na grande maioria, 5 delas, eram apartamentos, em prédios residenciais, destes apartamentos 4 eram de tamanho médio, sendo compostos por: dois quartos, cozinha, dois banheiros e sala; o outro apartamento se constituía de kitinete (apartamento pequeno) com um espaço único, no qual era dividido entre o quarto, a cozinha e um banheiro pequeno. Somente 1 idoso do estudo residia em casa, esta era composta por dois quartos, cozinha, banheiro e sala.

As ações de cuidado junto aos idosos em 5 casos foram realizadas na cozinha, espaço onde se encontrava a medicação (insulina) refrigerada na geladeira, e alimentos diários utilizados pelos idosos. Somente 1 idoso utilizou o espaço da sala para as ações de cuidado. É importante mencionar que na primeira visita todos os idosos recepcionaram a pesquisadora na sala, porém na segunda visita o encontro ocorreu na cozinha, em 5 casos, conforme referido anteriormente.

Nas primeiras visitas, em alguns domicílios, principalmente na sala observou-se a presença de doces, balas, sobre a mesa de centro. Na cozinha na grande maioria dos domicílios havia poucas frutas e quando encontradas de somente um tipo (banana ou laranja). Porém este quadro, nas últimas visitas, apresentava-se modificado; os doces não ficavam expostos, e segundo relato dos idosos não havia mais na residência e as frutas que antes eram poucas, apresentavam-se em abundância, principalmente sobre a mesa da cozinha.

Todos os domicílios, durante as visitas, estavam bem organizados e arejados. Nenhum dos idosos do estudo referiu ter empregada, porém 2 idosos citaram a diarista uma vez durante a semana para realizar os serviços domésticos. Verificou-se que havia muitos tapetes, na entrada, na sala, na cozinha, no banheiro e em algumas residências nos quartos. Em dois domicílios haviam gatos soltos na casa, passeavam e iam ao colo dos idosos constantemente durante as visitas.

Todos os idosos do estudo geralmente estavam com boa aparência, pele hidratada, dentes aparentemente escovados, roupas adequadas à temperatura de Curitiba, no entanto metade deles apresentava-se com pijama durante as primeiras visitas, hábito que foi se modificando com o decorrer do estudo. Os idosos demonstravam esperar pelo dia marcado para a visita, alegavam interesse pelas ações de cuidado e sempre que a pesquisadora chegava ao domicílio era recebida com muita simpatia, com a cartilha, o calendário educativo e o diário da insulina e da glicemia em mãos. No início não foi assim, na primeira visita todos os idosos demonstravam receio às orientações, declaravam já saber tudo e aparentavam certo

medo ao que seria realizado ou proposto, mas no decorrer das aproximações esta postura foi sendo modificada.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Em relação às características demográficas da população do estudo, pode-se verificar que dos 6 idosos, 4 são do sexo feminino; e 4 deles possuem idade entre 62 e 75 anos, enquanto que os demais (2) possuem de 82 a 83 anos, cabe salientar que neste intervalo (82 e 83 anos), os componentes são somente idosos. Mesmo considerando o número insignificante para qualquer comparação estatística, mostra-se nestes dados a feminização do envelhecimento, isto é, as mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares.

Segundo Ribeiro *et al.* (2002) a população feminina de mais de 60 anos é superior a masculina, havendo grande disparidade entre os sexos, como consequência da maior expectativa de vida ao nascer, que permite as mulheres sobreviver aos seus contemporâneos masculinos. As mulheres constituem maior parte da população idosa mundial. Quanto mais a idade aumenta, mais as mulheres são numerosas.

Para Veras (1994) a sobrevida feminina, se dá principalmente por três fatores: a) diferença de exposição a causas de risco de trabalho; b) diferenças de consumo de álcool e tabaco e c) diferenças de atitudes em relação a doença, as mulheres são mais atentas ao aparecimento de sintomas de saúde.

Na sequência apresenta-se quadro 3, relacionado a distribuição dos idosos segundo características demográficas.

### QUADRO 3 - Distribuição dos idosos segundo características demográficas, Curitiba, 2007.

Características	Variações	Número absoluto
Sexo	Feminino	4
	Masculino	2
Idade	62 a 75 anos	4
	82 a 83 anos	2
Raça	Branca	5
	Negra	1
Estado civil	Casado	5
	Viúva	1
Numero de filhos	1	4
	2	2
Religião	Católica	5
	Cristã	1

Relativo a raça, 5 participantes eram brancos, e 1 negro. Observa-se no quadro 3, que 5 dos participantes eram casados e 1 viúva, esta última é a idosa mais velha (83 anos) que compõem o estudo. Verifica-se que 4 idosos têm 1 filho e o restante possui 2 filhos. Dados demográficos demonstram que as famílias geram cada vez menos filhos (BRASIL, 2002), fato que, num futuro próximo, poderá constituir um fator não facilitador para o cuidado ao idoso. Nas ações de cuidado realizadas junto aos idosos, somente em 1 caso (viúva) o filho acompanhou as ações, em 4 era o cônjuge e outro a vizinha. Dos 6 idosos, 5 deles declaram-se católicos e 1 cristão.

A renda dos idosos variou de 2 a 9 salários mínimos<sup>2</sup>, logo: 1 idoso alegou renda média da família de R\$ 1.100,00 reais, ou seja aproximadamente 2,89 salários mínimos (SM); 2 idosos declaram renda média familiar de R\$ 2.000,00 reais, ou seja 5,26 SM; outros 2 idosos afirmam renda média familiar de R\$ 2.300,00 reais, ou seja aproximadamente 6,05 SM; enquanto que outro idoso possui renda média familiar de R\$ 3.500,00 reais, ou seja, 9,21 SM.

Verifica-se que todos os idosos possuíam renda média familiar acima da média nacional, que é de R\$ 768,83, isto é 2,02 SM (CURITIBA S. A, 2005), somente 1 idoso possuía renda média familiar abaixo da média curitibana, que é de R\$ 1430,96 ou seja, aproximadamente 3,76 SM (CURITIBA S. A, 2005), este dado é relevante visto que pode influenciar no modo de viver dos idosos, seu poder de consumo (médico e de serviços), bem como afetar a forma como estes se cuidam.

Relativo à origem da renda, há homogeneidade nos idosos do estudo: a maioria (5) tinha como fonte de renda a aposentadoria, sendo que destes 1 idoso declarou que a renda da família era proveniente somente da sua aposentadoria. Outros 4 idosos declararam que a renda tinha origem em partes da aposentaria do próprio idoso, com adicional do cônjuge, destes, 3 cônjuges exercem ocupação (1 como cozinheira, 1 como advogado e 1 como pintor) e outro idoso declarou que o adicional era proveniente do recebimento de aluguéis de imóveis. Somente 1 idoso não tinha renda própria, compartilhando a renda familiar que era oriunda da aposentadoria do cônjuge. É importante salientar que nenhum dos sujeitos do estudo exercia função remunerada.

Segundo estudo de Paes de Barros, Mendonça e Santos (1999) há aumento da renda domiciliar do início da vida até os 60 anos, a partir daí, a produtividade e a empregabilidade declinam, a renda se estagna com tendência ao declínio com o avanço da idade e a

---

<sup>2</sup> Salário mínimo pautado em R\$ 380,00 no ano de 2007, período vigente do estudo (BRASIL, Lei nº 11.498, de 28.06.2007).

aposentadoria passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso. A aposentadoria chega a representar cerca de 50% da renda domiciliar familiar total entre os idosos.

A respeito do nível de escolaridade: 2 idosos possuem ensino fundamental completo; 1 idoso possui ensino médio incompleto; 2 idosos possuem ensino médio completo e 1 idoso possui ensino superior. A escolaridade é um dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico de uma população, pois se relaciona ao acesso a emprego e renda. Além disso, relaciona-se também com a utilização de serviços de saúde e com a apreensão e receptividade a programas educacionais e sanitário. No campo da saúde, a escolaridade possibilita acesso a informações sobre as formas disponíveis para assistência a saúde e incentiva a procura por atendimento médico precoce reduzindo complicações de enfermidades e aumentando sua detecção, além de favorecer a utilização dos serviços de saúde (TELAROLLI, MACHADO, CARVALHO, 1996).

Nas orientações de cuidados de enfermagem o nível de escolaridade segundo Lenardt e Silva (2007) é uma característica relevante para os profissionais de enfermagem, visto que a escolaridade está relacionada, muitas vezes, à compreensão da patologia e ao nível de cuidados realizados.

Quanto à procedência dos idosos verificou-se que: 4 idosos nasceram em outras localidades e vieram morar em Curitiba por motivos profissionais, os outros 2 nasceram e continuaram residindo em Curitiba.

Na sequência será apresentado quadro 4, relacionado a distribuição dos idosos segundo a co-residência.

#### **QUADRO 4 – Distribuição dos idosos segundo a co-residência, Curitiba, 2007.**

<b>Características</b>	<b>Variações</b>	<b>Número absoluto</b>
Situação de Co-residência	Cônjuge	2
	Cônjuge e filho	1
	Cônjuge e pessoas estranhas (visitantes)	2
	Sozinho	1
Existem crianças e/ou adolescentes na casa	Sim	2
	Não	4

Observa-se no quadro 4 que 2 idosos moram somente com o cônjuge; 1 idoso mora com o cônjuge e filho; 2 idosos moram na mesma residência, são casados e co-residem com pessoas estranhas (visitantes), estes visitantes são, 1 homem e 6 filhos; e 1 idoso mora sozinho, esta é a viúva.

A análise da inserção do idoso na família tem sido uma das grandes contribuições da demografia aos estudos sobre as condições de vida da população idosa (GOLDANI, 1998).



Como o cuidado aos idosos no Brasil é uma tarefa que ainda se concentra na família, observa-se que estudar os arranjos domiciliares reveste-se de grande importância quando se refere a saúde do idoso (PEREIRA, 2005).

Verificou-se que 6 idosos possuíam geladeira, este dado é importante para o estudo, visto que todos utilizavam a insulina como tratamento do diabetes, sendo assim necessitavam de refrigeração para armazenamento adequado da medicação. Somente 1 idoso possuía computador em sua residência mas todos possuíam telefone fixo e 2 deles tinham telefone celular.

Pode-se constatar que todos os idosos do estudo possuíam fogão na residência, 4 deles desfrutavam de televisão e automóvel e 1 deles é assinante de TV a cabo. Os idosos que não possuíam carro são os mesmos que não tinham televisão, ainda em relação a estes dois idosos, verificou-se que havia geladeira na residência, porém durante algumas visitas estava desligada, por motivos de corte de energia elétrica.

### 5.3 PERFIL CLÍNICO E CONTROLE METABÓLICO DOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Os dados a seguir são relevantes para o estudo, pois se acredita que para “conviver com uma doença crônica como o diabetes *mellitus* necessita-se de conhecimento não só da natureza da doença, como também de habilidades específicas para o autocuidado” (GIMENES *et al.* 2006, p. 317).

#### QUADRO 5 – Distribuição dos idosos segundo características do tratamento do diabetes *mellitus*, Curitiba, 2007.

Características	Variações	Número absoluto
Tipo do diabetes <i>mellitus</i>	Tipo 2	6
Há quanto sabe que tem diabetes	8 anos	1
	10 a 13 anos	2
	25 anos	2
	42 anos	1
Alguém na família tem diabetes	Sim	4
	Não	1
	Desconhece	1
Tipo do tratamento	Insulina	6
Alguém ajuda com o tratamento (aplicação da insulina)	Sim	5
	Não	1
Faz regime alimentar	Sim	5
	Não	1
Quem prepara as refeições na residência	Cônjuge	2
	Próprio idoso	4

Mostra-se no quadro 5 que 6 idosos são diabéticos tipo 2, porém quando questionados sobre o tipo do diabetes que possuem, somente 1 idoso declarou que tinha o diabetes *mellitus* tipo 2, os demais, 5 idosos não sabiam relatar o tipo do diabetes, somente que tinham a patologia, destes 5 idosos, 2 deles relataram que não sabiam nem sequer da existência de mais de um tipo de diabetes.

Em estudo realizado por Otero; Zanetti; Teixeira (2007), também foi destaque a maioria dos sujeitos, 31,5% tinham consciência de ser diabético, entretanto não conheciam outras informações sobre a doença. “O conhecimento do paciente acerca do tipo do diabetes que possui é fundamental para o automanejo da doença, uso de medicação, incremento de atividade física, seguimento do plano alimentar, cuidados com os pés, entre outros” (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007, p. 771).

Pode-se constatar no quadro 5 que 1 idoso relata ter conhecimento há 8 anos; 2 deles tomaram ciência da patologia entre 10 a 13 anos; 1 idoso há 25 anos e outro pelo menos há 42 anos. Verifica-se que os idosos deste estudo possuem o diabetes, a longa data, aquele que descobriu mais recentemente, foi há 8 anos. Sendo assim os idosos, devido ao tempo que convivem com a patologia deveriam ter conhecimentos essenciais sobre a doença, porém não foi essa realidade que emergiu neste estudo.

Quando questionados se alguém da família tem diabetes, 4 idosos mencionaram ter familiares com diabetes, dentre estes familiares estão o pai, a mãe e os irmãos; 1 idoso expressou não ter a doença na família e outro declarou desconhecer. Este dado é importante visto que um dos fatores de risco para desenvolvimento do diabetes é a hereditariedade.

Constata-se nos dados do quadro 5 que os 6 idosos utilizam insulina, este fato deve-se ao critério de inclusão que se aceitava somente idosos insulino dependentes. Os idosos utilizam as insulinas regular, NPH ou ambas juntas .

A aplicação da insulina é realizada pela maioria dos idosos, 5 deles alegam não ter auxílio de ninguém, fazem o tratamento sozinhos e outro idoso tem auxílio do cônjuge, ela aspira e aplica a medicação. Este dado é relevante para o estudo, visto que todos os idosos possuem dificuldades visuais e mesmo assim, realizam a aspiração e aplicação da insulina sem ajuda, esta atitude pode prejudicar o tratamento, em razão de doses inapropriadas da medicação e possíveis complicações para o idoso.

A literatura suporta a importância do apoio social na manutenção da qualidade de vida nas doenças crônicas e especificamente no diabetes (FUKUNUSHI *et al.*, 1998; POLONSKY, 1993). Os resultados encontrados neste trabalho, parecem refletir os diferentes papéis do gênero na sociedade atual, enquanto as mulheres referiram não ter apoio dos familiares para

cuidar do seu diabetes, no caso masculino contam com o apoio do cônjuge inclusive na aspiração e aplicação da insulina. Segundo Heavy, Layne, Christensen *apud* Sousa (2003), o papel da mulher de providenciadora de cuidado a família, em que as esposas estão mais envolvidas na gestão do diabetes dos maridos, do que os maridos nos cuidados a diabetes das suas esposas.

Os diabéticos apresentaram algumas dificuldades relacionadas à alimentação. Aponta-se no quadro 5 que 5 idosos afirmaram que realizavam dieta com restrição de sal, açúcar e gorduras e 1 deles referiu não realizar dieta ou restrição. Ainda, em relação à alimentação, quando questionados sobre quem prepara as refeições verificou-se que 4 idosos preparavam a refeição para a família, estes 4 idosos são todos do sexo feminino e os outros 2 idosos referiram que é o cônjuge quem prepara as refeições na residência, salienta-se que estes 2 idosos são do sexo masculino, e deixavam a atividade a cargo das esposas.

Em estudo realizado por Sousa (2003), um dos principais motivos que impedem a adesão ao regime alimentar recomendado para o diabético, prende-se com a dificuldade de modificar hábitos alimentares. O fato de não realizar a comida separada do restante da família, induz a ingestão de alimentos mais condimentados e com uma confecção a base de alimentos fritos, assados e doces de modo a satisfazer as preferências do agregado familiar.

A sintomatologia dos idosos apresenta-se variável, deles 4 idosos informaram apresentar poliúria. O sintoma polidipsia foi apontado por 2 idosos, 1 destes alegou ter sensação de boca seca, o que ocasiona aumento da sede. Quanto ao cansaço, metade dos idosos relatou este sintoma, em contrapartida a outra metade declarou sentir-se disposta e animada. Em relação ao peso, 2 idosos relataram perda de peso, porém outros 2 idosos declaram ter engordado muito nos últimos tempos.

Os sinais e sintomas relatados pelos idosos alguns casos apresentam-se como clássicos do diabetes, porém isto não é prevalente. Encontra-se na literatura, diversas citações que o diabetes pode permanecer assintomático, ou manifestar-se por sintomas isolados como o prurido vulvar, ou pela síndrome dos 5 “P”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso (PORTO, 2000).

Todos os idosos afirmaram ter problemas visuais, estes podem surgir em partes pelo processo de envelhecimento e em parte pelo diabetes *mellitus*. Segundo o Ministério da Saúde (1996), os sinais mais comuns do diabetes no idoso são: redução rápida da acuidade visual, encontro casual de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina. A respeito da acuidade visual, a Organização Mundial da Saúde (OMS) *apud* Toscano (2004) estimou em 1997 que,

após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira e 10% deficiência visual grave.

As feridas na pele foram relatadas por 2 idosos ambas localizada nos pés e confirmado pelo exame físico realizado pela pesquisadora; os outros 4 idosos não apresentaram alteração cutânea. Muitas das complicações clássicas do diabetes são presentes nos idosos deste estudo como problemas visuais, diminuição da sensibilidade nos membros inferiores e hipertensão, porém eles não os associam ao diabetes.

A respeito da participação em programa, grupo de convivência ou terapêuticos para diabéticos é unanimidade entre os idosos, não participarem de nenhuma atividade. Este dado é relevante visto que todos os participantes do estudo estão inscritos no programa de diabéticos da unidade de saúde, porém relatam não saber da existência de programa no local. Afirmam que vão à unidade somente para consultas e para pegar a medicação.

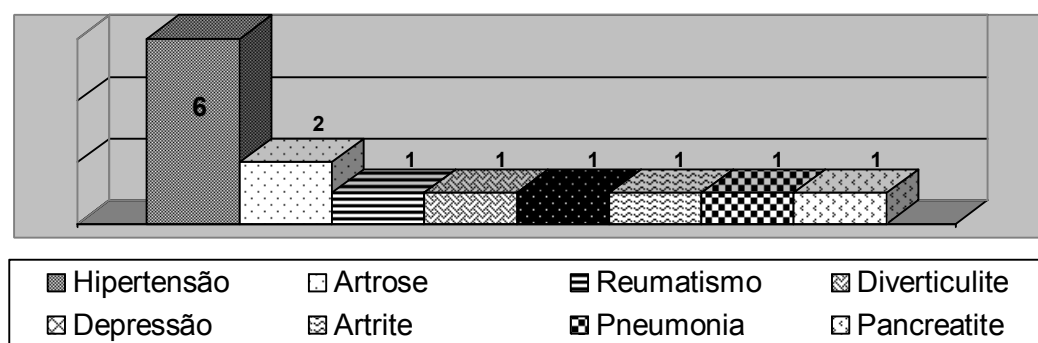
Quando questionado sobre a última vez que tiveram atendimento de saúde, a média de tempo ficou em torno de 2 meses aproximadamente, somente 1 idoso relatou que o último atendimento foi há 6 meses.

Somente 1 idoso declarou não ter recebido orientação de nenhuma espécie a respeito do diabetes, enquanto que os outros 5 idosos relataram já ter obtido orientação. As orientações relatadas foram provenientes de pessoas parentes, profissional médico e em local de reuniões de diabéticos, faculdade de biologia e na televisão. Esta informação é significativa para este estudo, visto que o conhecimento sobre a patologia é essencial para a promoção da saúde. Apesar dos idosos declararem o conhecimento e recebimento de orientações sobre a patologia, no decorrer do estudo, verificou-se que todos os idosos apresentavam déficits de informações, e ao final das atividades do estudo os próprios idosos confessavam que não sabiam sobre diversos temas abordados.

Para conseguir o aproveitamento das capacidades, habilidades de aprendizagem e o envolvimento em relação ao que irá aprender, é preciso que, previamente ao início dos processos educativos, ou de orientação, saiba-se quanto a pessoa conhece e o que conhece; a vivência, para que, sendo ajudado através da ação educativa chegue a identificar sua própria realidade e assim possa transformá-la (ARAÚJO, 2005).

Na seqüência apresenta-se gráfico relacionado as co-morbidades associadas ao diabetes, relatadas pelos idosos deste estudo:

**GRÁFICO 1 – Distribuição dos idosos (número absoluto) segundo co-morbidade associada ao diabetes, Curitiba, 2007\***



\* Alguns idosos apresentaram co-morbidade múltipla associada ao diabetes, por este motivo o número absoluto de idosos é inferior a distribuição das doenças apresentada no gráfico 3.

Verifica-se no gráfico 1 que os idosos do estudo apresentam co-morbidades múltiplas associadas ao diabetes. A Hipertensão está presente como doença associada nos 6 idosos do estudo. “A hipertensão arterial é uma co-morbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares” (TOSCANO, 2004, p. 887).

É oportuno salientar que metade dos idosos apresentou somente a hipertensão como doença associada ao diabetes, enquanto a outra metade dos idosos relatou possuir diversas outras patologias associadas, aproximadamente 4 co-morbidades associadas ao diabetes para cada idoso, incluindo-se a hipertensão arterial como uma delas. Segundo o Ministério da Saúde (1993) metade das pessoas diabéticas apresenta hipertensão arterial e frequentemente são acometidas por infecções renais.

Todos os pacientes do estudo declararam ter frequentemente hipoglicemia, porém somente 1 idoso realiza monitoramento da glicemia com aparelho portátil para confirmar o resultado. O restante dos idosos (5) afirmaram ter consciência que apresentam hipoglicemia, pois sentem os sintomas. Os sintomas relatados da hipoglicemia foram: visão turva, dor no peito, tontura, fraqueza, tremores, convulsão e paralisia.

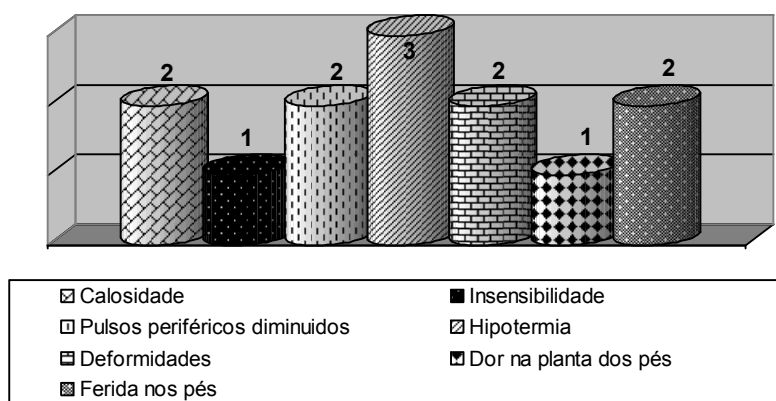
Para prevenir a hiperglicemia 4 idosos declararam que restringiam a alimentação para evitar a elevação da glicemia sanguínea e confessaram que as vezes ficavam metade do dia sem comer absolutamente nada. A omissão alimentar não resolve ou controla a hiperglicemia ou o diabetes. Segundo Toscano (2004) é preciso a mudança de estilo de vida, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo.

Os hábitos, principalmente os alimentares, são formas de comportamento que foram assimilados por repetições. Todo hábito representa a resposta ou a satisfação de uma necessidade. Segundo Castilho & Vásquez (2006, p.76) “a erradicação deste hábito, não é possível sem que se substitua por outra resposta ou forma de melhor satisfazer a necessidade”.

Os horários das refeições para 2 idosos são irregulares. Ainda os 6 idosos não realizam exercícios físicos, são totalmente sedentários. A presença de diarreia e vômitos, foi relatada por 1 idoso.

Na sequência apresenta-se gráfico (2) relacionado as características provenientes do exame físico dos pés:

**GRÁFICO 2 – Distribuição dos idosos segundo características provenientes do exame físico dos pés, Curitiba, 2007\*.**



\* Alguns idosos apresentaram mais de uma características proveniente do exame dos pés, por este motivo o número absoluto de idosos é inferior a distribuição das características apresentada no gráfico 4.

Constata-se no gráfico 2 que, a presença das seguintes características nos pés, 2 idosos com calosidade e 1 deles evidenciou insensibilidade plantar, cabe salientar que este idoso é o único que possui ferida no pé, proveniente de amputação cirúrgica, devido à complicações de uma perfuração, 2 idosos apresentavam pulsos periféricos diminuídos, 3 deles sentem hipotermia, 2 idosos expressaram deformidades nos pés (deformidades ósseas) e 1 idoso relatou sentir dor na planta dos pés.

Ao realizar o Teste de Semmes-Weinstein, em 10 pontos de sensibilidade analisados encontraram-se: 1 idoso com insensibilidade em 8 pontos, 3 idosos com insensibilidade em 2 pontos e 2 deles não apresentaram nenhuma insensibilidade. Estes dados são significativos, visto que a sensibilidade protetora é essencial. Os diabéticos que “não conseguem perceber o monofilamento tem risco de ulceração e necessitam de plano de prevenção personalizados. O

rastreamento anual do teste de Semmes-Weinstein é recomendado para todos os paciente com diabetes” (HESS, 2002, p. 154 - 156).

Segundo Biazzi (2001) os pacientes diabéticos podem apresentar: 1) falta de suprimento sanguíneo, (quando sua circulação fica limitada, como resultado do estreitamento dos vasos sanguíneos, os pés tem menos condições de superar as agressões, tais como frio, infecção, machucaduras); 2) neuropatia (as lesões nos nervos fazem com que os pés fiquem mais sensíveis a dor e a temperatura. Nos primeiros estágios as pessoas reclamam de sentir alfinetadas e agulhadas. Quando diminui a sensibilidade do pé, o diabético deixará de perceber, com facilidade, algumas lesões); 3) pele seca (a falta de elasticidade ou a secura da pele dos pés podem estar relacionados a neuropatia ou suprimento adequado de sangue. Quando a pele dos pés fica muito seca, há uma tendência maior de formação de calosidades e calos, também rachaduras nas bordas); 4) mudança no formato dos pés (pode ocorrer ao longo do tempo, como consequência do diabetes. Os ossos inferiores podem ficar mais proeminentes, saltados. Os dedos podem tomar formato de garras).

Verificou-se que metade dos idosos utiliza calçados inadequados; 2 idosos apresentam calosidades e a totalidade relatou dificuldade visual. Pode-se afirmar que estas informações são relevantes para análise dos fatores de risco para o pé diabético, em razão de maioria apresentar risco para complicações com os pés, ainda é oportuno ressaltar que todos referiram realizar o corte das unhas dos pés sozinhos.

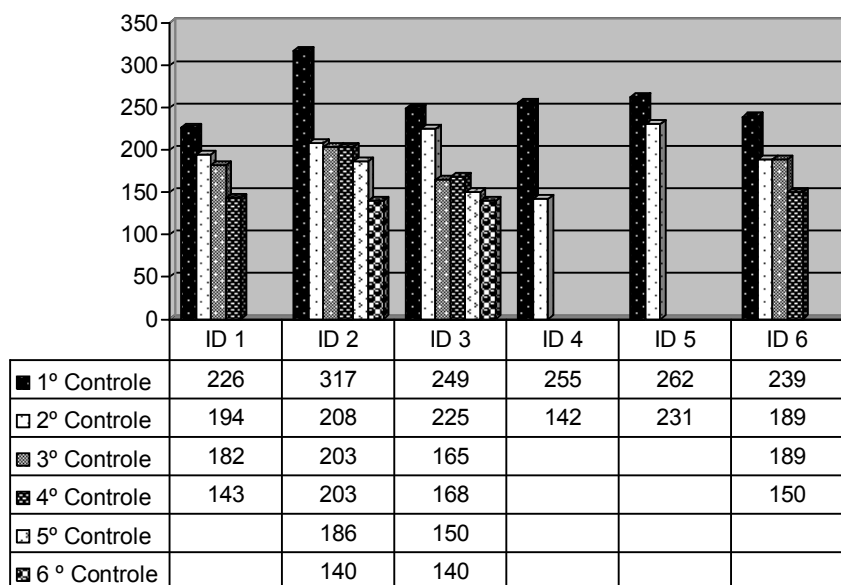
A respeito do acompanhamento do diabetes, 3 idosos expressaram realizá-lo somente na unidade de saúde em que estão cadastrados, os restantes realizam acompanhamento na unidade de saúde e em outros convênios.

Segundo estudo realizado por Sousa (2003, p. 90) as principais dificuldades que os diabéticos enfrentam no tratamento/controle da patologia, são a alimentação, medicação e exercício físico.

Os profissionais que atendem o idoso do estudo, segundo relato deles são somente profissionais médicos, de diversas especialidades como endocrinologista, neurologista, generalistas, cardiologista e somente 1 idoso referiu o geriatra. Os outros profissionais da área da saúde não foram citados.

A seguir serão apresentados respectivamente no gráfico 3 e quadro 6 os controles metabólicos de glicemia e PA individualizados. Cabe lembrar que os idosos serão identificados pelos seguintes códigos ID1, ID 2, ID 3, ID 4, ID 5 e ID 6:

**GRÁFICO 3 – Controle da glicemia sangüínea individual\*, monitorada até 2 horas após alimentação, Curitiba, 2007.**



\* A monitorização da glicemia não foi realizada com a mesma frequência para todos os idosos. Devido ao atendimento individualizado o controle metabólico foi efetuado de acordo com a necessidade deles, sendo assim os espaços em branco no gráfico são referentes ao não monitoramento.

Para o estudo da variável controle metabólico (glicemia), utilizaram-se os valores de referência, preconizados pela Associação Americana de Diabetes (2002), que preconiza para a glicemia monitorada até 2 horas após refeição/alimentação, deve-se empregar o parâmetro entre 140 a 180 mg/dl.

Visualiza-se no gráfico 3, que todos os idosos do estudo no 1º controle ultrapassavam largamente o limite aconselhado. Atenção especial foi dada aos idosos ID 4 e ID 5, pois foram encaminhados para atendimento com outros profissionais, frente a urgência dos casos, sendo assim as ações de cuidado foram realizadas parcialmente com encontros e avaliações, entretanto observa-se no referido gráfico que nestes também houve redução dos níveis glicêmicos.

No decorrer do estudo a totalidade de idosos apresentou decréscimo glicêmico. Dos 6 idosos, 5 deles conseguiram alcançar o valor glicêmico, preconizado (entre 140 a 180 mg/dl). Este dado é relevante, pois à medida que as ações de cuidado foram realizadas, os resultados glicêmicos foram decrescendo como consequência do controle efetuado. Cabe reafirmar que este estudo perseguiu a realização de ações individualizadas/ personalizadas às necessidades



dos idosos, em virtude disso verifica-se que o número de visitas foram realizadas de acordo com a necessidade e compromisso assumido com o idoso.

O bom controle glicêmico, no diabético, depende de mudanças no estilo de vida e do tratamento farmacológico. Segundo Franco *et al.* (2000) são de extrema importância a perda de peso, a prática regular de exercício físico, a correção da hiperlipidemia e hipertensão. Infelizmente ainda há grande número de pacientes que, apesar da doença, não modificam seu estilo de vida, nem controlam as morbidades coexistentes como a dislipidemia e hipertensão.

A manutenção dos níveis de açúcar no sangue dentro dos valores desejáveis está diretamente relacionada com decréscimo no aparecimento de complicações tais como: retinopatias, neuropatias, nefropatias e doença cardiovasculares (American Diabetes Association, 2002 a). Além da avaliação glicêmica é importante avaliar a pressão arterial, pois permite monitorizar a doença, adequando cuidados e tratamento e consequentemente prevenção de complicações.

#### **QUADRO 6 - Controle da pressão arterial individual, Curitiba, 2007.**

	<b>Idoso 1</b>	<b>Idoso 2</b>	<b>Idoso 3</b>	<b>Idoso 4</b>	<b>Idoso 5</b>	<b>Idoso 6</b>
<b>1º Controle</b>	160 x 90	180 x 100	160 x 80	150 x 70	150 x 80	190 x 90
<b>2º Controle</b>	150 x 90	160 x 90	160 x 90	130 x 70	150 x 90	170 x 80
<b>3º Controle</b>	140 x 90	160 x 90	140 x 80	--	--	150 x 80
<b>4º Controle</b>	130 x 90	160 x 90	140 x 80	--	--	150 x 80
<b>5º Controle</b>	--	150 x 90	140 x 80	--	--	--
<b>6º Controle</b>	--	140 x 90	130 x 80	--	--	--

Conforme as Diretrizes do Comitê de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia, considera-se o limite superior de normalidade a pressão arterial sistólica (PAS) de até 139 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) de até 89 mmHg (AZUL, 2005).

Conforme o valor da PA preconizado pelas Diretrizes de Cardiogeriatría, 2 idosos (34%) deste estudo conseguiram atingir esta medida. A pressão arterial (PA) como os níveis glicêmicos, sofreu decréscimo, porém em menor proporção. A PA e glicemia elevada em idosos diabéticos são fatores predisponentes para complicações. Para Saydah *et al.* (2001) existem evidências crescentes de que quando níveis de glicose e da pressão arterial se apresentam acima do normal, há risco substancialmente aumentado de doença cardiovascular e morte. “A prevalência de hipertensão supera 50% na população idosa” (OLIVEIRA, ARAUJO, MOREIRA, 2003, p. 16).

Conforme orientações da ADA para o adequado controle do diabetes e co-morbidades a manutenção dos níveis pressóricos em valores iguais ou menores que 130/85mmHg. O

grande objetivo é a redução do risco cardiovascular, no entanto, poucos pacientes têm conseguido atingir esta meta, em torno de 3,2% nos estudos de Mcfarlane *et al.* (2002).

De acordo com a WHO (2005) dentre as principais propostas do plano de ação internacional sobre envelhecimento realizado em abril de 2002 está a redução dos fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida.

Além da monitorização individual da glicemia e da PA, acredita-se ser necessária avaliação da capacidade funcional<sup>3</sup>, especialmente quando se trata do atendimento a idosos. Estas avaliações são essenciais e devem ser realizadas na investigação do histórico do paciente, pois as ações de cuidado gerontológico de enfermagem devem ser condizentes e embasadas nas possibilidades individuais de cada ser.

A incapacidade funcional pode ser determinada por diversos fatores, sendo os mais incidentes os fatores de caráter sócio-cultural, as doenças e as alterações decorrentes do envelhecimento, como a diminuição da força muscular. O conceito operacional de capacidade funcional está relacionado com a medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades básicas da vida diária (ABVD's) proposto por Katz (1970) e do grau de capacidade para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) propostas por Lawton, Brody (1969).

As ABVD's compreendem atividades referentes ao autocuidado (banho, alimentação, continência, locomoção, uso do banheiro, vestir-se, transferência da cama para cadeira e vice-versa e higiene pessoal), enquanto as atividades instrumentais incluem: fazer compras, cozinhar, arrumar a casa, telefonar, usar o transporte, lavar roupa, tomar remédio e ter habilidade para cuidar das próprias finanças (AYKAWA; NERI, 2005).

Segundo Sager e Rudberg (1998) ocorrem quase duas vezes mais perdas funcionais para as AIVD's do que para as ABVD's, sendo sugestivo que AIVD's possam ser marcadores sensíveis do grau de socialização da pessoa idosa. As AIVD's são as primeiras a serem excluídas do cotidiano do idoso. A incapacidade funcional para as AIVD's compromete a saúde mental do idoso e, conseqüentemente, a socialização. Para Pires e Silva (2001) a dependência não é um atributo apenas da velhice, mas está presente em todas as fases da vida. Porém, com o passar dos anos, tende a aumentar, principalmente nessa faixa etária, na qual é maior a necessidade de auxílio para a realização dessas atividades.

---

<sup>3</sup> Capacidade funcional é a capacidade do indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (BRASIL, 2002). A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (ROSA *et al.*, 2003).

Estudos com base populacional, realizados no Brasil, demonstram que 4 a 6% dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional, 7 a 10% formas moderadas, 25 a 30% formas leves. Somente um pouco mais da metade da população idosa 50 a 60% são completamente independentes (BRASIL, 2002).

Dos idosos participantes do estudo 5 deles apresentaram independência total (escore 6) para realização das atividades básicas da vida diária, somente 1 obteve dependência parcial (escore 1). Em relação as AIVD, verifica-se que 4 idosos atingiram independência máxima (escore 8), 1 deles dependência moderada (escore 5) e outro máxima dependência (escore 1).

Os resultados da aplicação da escala de ansiedade (McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva *apud* SOUSA, 2003) apresentaram-se com valores médios de ansiedade. Alguns idosos (ID2 e ID 6), ou seja, 34% destes alcançaram os valores preocupantes (igual ou acima de 11), sendo necessário encaminhá-los para intervenções com outros profissionais da equipe multidisciplinar. Este fato reafirma a necessidade da assistência gerontológica ser realizada de forma multiprofissional, junto aos idosos com diabetes *mellitus*. O ID3 e ID 5 atingiram valores, 9 e 10 respectivamente, segundo Bowling (1994) estes valores são considerados duvidosos, sendo necessárias outras avaliações concomitantes. Somente os idosos ID 1 e ID4 não apresentaram escores preocupantes.

Constata-se que os graus de ansiedade obtidos pelos idosos com diabetes *mellitus* tipo 2, merecem atenção especial da equipe de saúde, pelo próprio processo de envelhecimento e a patologia em questão. Peyrot & Rubin, (1997) afirmam que entre 15 a 20% dos diabéticos em geral apresentam ansiedade severa.

Estes achados reafirmam a necessidade de desenvolver ações de cuidado personalizadas para cada idoso, avaliando suas necessidades e características próprias e correlacionando as intervenções de cuidado. Estas atitudes proporcionam maiores probabilidades da promoção da saúde e do empoderamento do idoso.

#### 5.4 SISTEMA DE CONHECIMENTO SOBRE A PATOLOGIA DO DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Na seqüência apresenta-se os resultados relativos a primeira seção da escala do IPQ – R (FIGUEIRAS, MACHADO & ALVES, 2002) (identidade da doença), constituída por 14 itens: dores, dores de garganta, náusea, falta de ar, perda de peso, fadiga (cansaço), rigidez nas articulações, olhos inflamados, dificuldade em respirar, dores de cabeça, indisposição do estômago, dificuldade de dormir, tonturas e perda de forças muscular.

Os 10 sintomas mais experienciados pelos idosos do estudo foram: dores (100%); dificuldade para respirar (100%); dores de cabeça (100%); indisposição do estômago (100%); dificuldade em dormir (100%); tonturas (100%); falta de ar (83,3%); fadiga (cansaço) (83,3%); rigidez nas articulações (83,3%); perda de forças (66,6%). Contudo, os 10 sintomas mais associados ao diabetes segundo os idosos foram: dores (100%); fadiga (cansaço) (100%); dores de cabeça (100%); dificuldade em dormir (100%); tonturas (100%); náuseas (66,6%); falta de ar (66,6%); dificuldade em respirar (66,6%); rigidez nas articulações (50%) e perda de forças (50%). Os sintomas menos freqüentes relacionados ao diabetes foram: amigdalites e conjuntivite.

Os resultados obtidos na identificação da doença pelos idosos refletem em alguns momentos a profusão dos sintomas referentes à patologia e a associados à abundância da sintomatologia do processo de envelhecimento. Em referência a isto destaca-se a rigidez nas articulações e perda de forças muscular, experienciados pelos idosos porém não os relacionam com o diabetes *mellitus*.

Observa-se mediante as informações dos idosos que eles sustentaram razoável compreensão da doença, possuem percepção, com alguma variabilidade, dos sintomas do seu diabetes e relacionam os sintomas do diabetes somente com a experiência pessoal (vivência), acreditando que os diabéticos de maneira geral sentem a mesma sintomatologia.

Na sub-escala causa, foi questionado aos idosos qual os três fatores considerados por eles como causa do aparecimento do diabetes. No quadro 7, apresentado na sequência, visualiza-se por ordem hierárquica, os fatores atribuídos pelos diabéticos como possíveis causadores de sua doença.

**QUADRO 7 - Fatores considerados pelos idosos com diabetes como causadores da sua doença, por ordem hierárquica.**

Idosos	Fatores etiológicos do diabetes		
	Fator primário	Fator secundário	Fator terciário
<b>ID 1</b>	Excesso de bebida alcoólica	Fumo	Tipo de alimentação
<b>ID 2</b>	Destino	Problemas familiares e preocupações	Excesso de trabalho
<b>ID 3</b>	Tipo de alimentação	Estado emocional	Envelhecimento
<b>ID 4</b>	Estado emocional	Stress e preocupações	Excesso de trabalho
<b>ID 5</b>	Hereditariedade	Tipo de alimentação	Problemas familiares e preocupações
<b>ID 6</b>	Excesso de bebida alcoólica	Alterações na defesa do organismo	Pouca assistência medica

Relativo as respostas dos idosos sobre as causas do diabetes, apontaram-se no quadro 7 como destaque do fator primário o excesso de bebida alcoólica, considerado por 2 idosos, do sexo masculino. Quanto as mulheres as causas tiveram variações desde destino, tipo de alimentação, estado emocional até hereditariedade. Como fator secundário, as preocupações de 2 idosos foram relativas ao *stress*, problemas familiares agregados às preocupações. O fator menos importante que os demais foi o excesso de trabalho. Analisando os fatores citados (primário, secundário e terciário), o item de destaque, que se repete foi o tipo de alimentação, seguido pelo estado emocional, excesso de bebida alcoólica, problemas familiares e preocupações, e o excesso de trabalho durante a vida.

A dificuldade de identificação do diabetes, quando relacionada à sintomatologia e às causas, provavelmente associa-se à ausência de sintomas específicos do diabetes *mellitus* tipo 2, podendo mesmo depois de instalada, permanecer assintomática durante anos, sendo o seu diagnóstico efetuado ocasionalmente em análises clínicas, ou somente quando aparecem as complicações (American Diabetes Association, 2002 a).

A reutilização das seringas e agulhas na aplicação da insulina foi o questionado mais freqüente realizado pelos idosos do estudo. Relatavam que o custo com a compra de seringas e agulhas era grande, visto que a farmácia municipal não fornece quantidade suficiente para a utilização única da agulha e seringa, os idosos relataram que eram orientados a reutilizar as seringas.

Conforme estudo realizado por Castro & Grossi (2004), em levantamento bibliográfico verificou-se que 42,9% dos trabalhos encontrado sobre o tema, referiam a reutilização pelos usuários das agulhas de 4 a 7 vezes e 14,3% relacionou uma freqüência de reaproveitamento de 8 a 11 vezes. A respeito das seringas, 42,8% apontou a reutilização entre 4 a 7 vezes, seguida de 20 a 39 vezes (23,8%) e 12 a 19 vezes (19%).

Ainda no mesmo estudo de Castro & Grossi (2004), quanto as estratégias de reaproveitamento das agulhas descartáveis, o maior percentual (51,43%) foi para o reencape da agulha guardada num recipiente e estocada dentro (31,43%) ou fora (20%) da geladeira. Em relação as seringas o maior percentual (50%), apontou para as seringas guardadas na geladeira num recipiente de plástico, metal ou isopor e 26,9% para seringas guardadas fora da geladeira na embalagem original ou em um recipiente.

Pode-se “padronizar a prática da reutilização de seringas descartáveis para a aplicação da insulina pelos pacientes com diabetes a nível domiciliar, sem infringir a portaria da Divisão de Medicamentos (DIMED)” (CASTRO; GROSSI, 2004, p. 28).

### 5.5 TEMAS E SUBTEMAS IDENTIFICADOS NAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

Na sequência apresentam-se no quadro 8, apresentado na sequência, as falas e respectivos códigos e no quadro 9 os temas sistematizados a partir dos códigos:

**QUADRO 8 - Construção dos códigos identificados nas entrevistas, realizadas com os pacientes diabéticos (ID1, ID2, ID3, ID4, ID5, ID6), Curitiba, 2007.**

Trechos das entrevistas (idoso)	Códigos
Eu não sei muita coisa dessa doença que eu tenho, mas acho que é um problema causado pelo pâncreas [...] (ID 2)	Desconhecimento sobre o que é essa doença
Ninguém me explicou o que é o diabetes. O Dr. José me deu uma relação do que eu podia comer e o que tenho que evitar, mas ninguém me falou o que eu tenho de verdade [...] então eu dei a sorte que minha sobrinha tinha chegado, ela trabalha em uma universidade e ela que cuidou de mim, ela dizia, não faça isso, não faça aquilo, ela que me deu as orientações. Eu dependia dela, pois não sabia o que fazer, não conhecia a doença (ID 3)	Diabetes mata aos poucos
Eu trabalhava e fazia exame periódico, daí eu pedi para o médico que queria fazer o exame da glicemia, e deu alterado [...] quando eu descobri, fiquei muito nervosa, parece que o mundo caiu. Foi aquele bafafá, porque ninguém na família tinha [...] A diabetes para mim, sei lá era uma doença que não tem cura, mata e eu achei que estava com os dias contados para morrer [...] (ID 6)	
É uma doença que mata, mata aos poucos. (ID 1)	
É uma doença que deixa um campo aberto para as outras doenças, se não cuidar morre mesmo. Tem que existir o controle. (ID 2)	Controle é essencial
Comecei a fazer dieta, depois fui numa festa, comi muito doce e deu muito alta a glicemia, daí comecei com a insulina [...] precisa existir controle em tudo. (ID 1)	
Eu soube no curso de biologia, estava estudando e descobri que de acordo com o estudo que eu fiz sobre os sintomas do diabetes, eu estava tendo. (ID 5)	A descoberta da doença foi uma surpresa
Descobri o diabetes num exame de rotina (exame de sangue). (ID 4)	
Descobri que tinha diabetes, eu ia sempre ao médico, eu tinha aqueles sintomas fora do comum, e tinha uma senhora que trabalhava na minha casa disse para eu tomar muita limonada, eu queria muita água e tudo muito doce [...] o médico pediu uns exames, de sangue. Eu e minha sobrinha fomos pegar os exames e eu falei que não tinha nem condições de subir as escadas, eu estava sonolenta parecia que ia cair. Eu disse traga um copo de água para mim, acredite até com a água eu não agüentei, veio aquele sono e eu dormi. Aí meu marido ao sair do laboratório encontrou o Dr. Jaime, nosso amigo, e ele perguntou de mim, o médico foi no carro e disse para meu marido corre com ela para o hospital, porque ela esta entrando em coma diabético. Eu não sabia e não entendia o que era o diabetes, somente queria muito doce, bala, chocolates e coisas assim. Acredite eu não vi que ele me levou para o hospital, eu fiquei internada 20 dias. Eu não sei como foi eu não vi nada, só acordei no outro dia, já estava no soro e assim foi minha história, porque a diabetes é assim ela não dói, você pensa que esta tudo bem e quando vê esta em coma. Eu adoro plantas, e eu estava no jardim, estava me sentindo bem, derrepente comecei a sentir isso, foi surpresa para mim porque eu nunca tinha sentido isso. Depois que eu descobri que tinha diabetes eu fiquei 20 dias em observação, e aí fui me sentindo melhor. Eu sentia uma moleza, um mal estar, mas eu nunca tinha isso. Daí eu sai do hospital já com o remédio para tomar e estou tomando até hoje. (ID 2)	
Há eu descobri porque eu estava muito nervosa, desde que eu entrei aqui eu tenho problema com vizinho, daí eu procurei o médico por causa dos nervos, e descobri que tinha diabetes. (ID 3)	
A gente aprende a conviver com o diabetes [...] se acostuma que não pode comer e não come... temos que viver ... não adianta querer morrer logo... vamos conviver com o diabetes para sempre... então tem que ser tudo controlado até a vida...(ID 1)	Impulsos e desejos geralmente são reprimidos
Quando chego numa festa eu tento não comer, mas às vezes eu não agüento como menos, mas como, eu pego um bombom, porque o diabético sofre sem poder comer, somente podendo ficar olhando. (ID 5)	
Há eu gostava de tomar umas bebidinhas e agora não posso mais. Tem que fazer regime. (ID 3)	
No pé eu fiz um calo, engraçado porque a gente não sente só vê depois, eu as vezes faço as unhas e corto os cantos dos pés e mãos mas cicatriza tudo rápido. Tiro os pedaços dos pés mas não faz nada. (ID 2)	Os machucados não são sentidos
Fui pra praia peguei um bicho de pé e fiquei um tempo até ver que estava com o bicho, quando eu punha sapato fechado eu sentia mas não tinha visto que era bicho de pé. Depois de uma semana estava um bichão, eu mesma tirei e cicatrizou bem. (ID 1)	

Há eu sempre estou olhando meus machucados, meus pés, porque não sinto. (ID 4)	
Na diabetes, você tem que comer alguma coisa, não pode ficar sem comer, se não passa mal, fica sempre um vazio no seu estômago, e você fica até sentindo tontura, quando eu fico assim eu como sempre uma fruta, eu como sempre banana, aqui em casa não falta banana. (ID 2)	Necessidade de comer
É uma sensação inexplicável, fica um vazio, você fica com aquilo, se você não comer qualquer coisa que contenha açúcar, nem que seja banana, maçã, faço bastante batida de maçã, cenoura e daí melhora, mas eu não suporto dar serviço. Eu não suporto hospital. (ID 4)	
Eu faço doce pra ele, mas as vezes ele trás. Essa noite, ele trouxe umas coisas, queijo, presunto, pão e vinho, ele insistiu tanto para que eu tomasse e ele levou para mim no quarto. Eu gosto tanto de vinho, eu tomei, já eram umas 10 horas da noite, e estava muito gostoso! Eu adoro vinho, mas só tomei para não fazer desfeita [...] (ID 1)	Família em alguns momentos prejudica a dieta
Cuido da alimentação, cuido com óleos, e gorduras, como arroz, feijão, carne não gorda e salada. (ID 3)	Cuidados com a alimentação é essencial
Cuidar com o açúcar. A gente não come de jeito nenhum, porque aumenta a doença, não tomamos nem refrigerante. (ID 1)	
Faço uma dieta, acho que faz parte e precisa fazer dieta, eu não como muita gordura. (ID 2)	
Eu faço dieta, mas de vez em quando tenho muita vontade de açúcar, daí eu sujo o pão e como. Ou como uma pontinha da faca de doce, daí passa, cuidar da alimentação é essencial. (ID 3)	
Eu quero comer bem, mas não posso, tudo é difícil! (ID 6)	
Quando conto que tenho diabetes, as pessoas dizem isso não é nada, tem remédio. Agora eu entrei em pânico quando descobri, mas agora vivo normal (ID 6)	A descoberta da doença fez ficar nervosa, entrar em pânico
Fiquei muito nervosa quando descobri que tinha diabetes, perdi o chão, saí do consultório em pânico, sem saber para onde estava indo. Sabia que ia morrer e achei que estava com os dias contados. (ID 5)	
Fiquei nervosa no começo, depois me conformei. (ID 2)	
A medicação as vezes não adianta, tomo chá natural é o que resolve [...] (ID 3)	Chá caseiro é a solução
Eu acredito muito nos chás caseiros, acho que eles resolvem [...] abaixam o açúcar no sangue. (ID 2)	
Me sinto bem quando tomo chá caseiro, acho que resolve! (ID 1)	
Eu tomo insulina e produtos naturais (chás). (ID 6)	
A gente entende que tem que se cuidar, mas não se cuida. A falta de consideração com a gente mesma é maior! É preguiça [...] (ID2)	Preguiça de se cuidar
Eu entendo que e isso mas não se pratica isso, a gente sabe, mas não faz, por descuido mesmo [...] eu acho que a maioria dos diabéticos é assim [...] (ID 3)	
Eu não me cudo apesar de saber que no diabetes 90% depende da pessoa se cuidar e 10% dos outros, vocês estão nestes 10% e a esposa também [...] (ID1)	
Nos não fazemos os cuidados porque quando a gente quando está bem se acha que está o máximo, e acha que porque não esta sentindo nada, acha que pode comer um docinho, tomar uma bebidainha [...] (ID 2)	Não sentir nada
É porque não aparece nada, se de manhã a gente esta bem, de tarde abusa [...] (ID1)	
Se fosse uma coisa que aparecesse nos cuidaríamos mais, mas a gente não sente nada, quando sente já esta na hipo ou hiper. (ID 3)	
Se acha que a insulina vai resolver o problema está errado. Se eu comer um monte de bolo, ela não vai fazer isso, ela ajuda, mas a pessoa também precisa ajudar, mesmo que não sinta nada. (ID 6)	



**QUADRO 9 - Construção dos temas extraídos a partir dos códigos encontrados nas entrevistas realizadas com os idosos diabéticos, Curitiba, 2007.**

<b>Códigos</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Temas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconhecimento sobre o que é essa doença</li> <li>- Diabetes mata aos poucos</li> <li>- Os machucados não são sentidos</li> <li>- A descoberta da doença foi uma surpresa</li> <li>- A descoberta da doença fez ficar nervosa, entrar em pânico</li> </ul>	Problemas com o conhecimento sobre a doença	Desconhecimento sobre o diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle é essencial</li> <li>- Cuidados com a alimentação é essencial</li> <li>- Preguiça de se cuidar</li> </ul>	Zelo com a saúde	Autocuidado ou Cuidado de si
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsos e desejos geralmente são reprimidos</li> <li>- Necessidade de comer</li> </ul>	Problemas com a alimentação	Transgressão alimentar
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Família em alguns momentos prejudica a dieta</li> </ul>	Influência interpessoais familiares	Influências interpessoais
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chá caseiro é a solução</li> </ul>	Crenças Busca de soluções alternativas	Problemas com a medicação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não sentir nada</li> </ul>	Sintomas ocultos	Doença assintomática

Os temas emergentes das entrevistas (Desconhecimento sobre o diabetes *mellitus* tipo 2, Autocuidado ou Cuidado de si, Transgressão alimentar, Influências interpessoais, Problemas com a medicação, Doença assintomática) serão interpretados em conjunto na sequência.

O conhecimento sobre a patologia é essencial para o realização de atividade diárias que promovam a saúde e não alterem o controle metabólico. Verifica-se nas falas a seguir que os idosos apresentaram déficits de conhecimentos a respeito da sua patologia.

*“Eu não sei quase nada do diabetes, não sei nem que tipo de diabetes tenho [...]” (ID2); “Eu tenho que descobrir o que é essa doença, acho que ela veio por causa do meu nervosismo [...]” (ID 4); Eu não sei o que é o diabetes, nunca ninguém me explicou.” (ID 5).*

A carência de conhecimento sobre o diabetes *mellitus* afeta significativamente o cuidado de si do idoso, bem como a promoção da saúde e o controle metabólico, visto que o diabético não compreende os prejuízos e complicações para sua saúde. No diabetes a informação acerca da doença é essencial e imprescindível para o tratamento, visto as consequências drásticas a que estão sujeitos diante do descuido consigo.

A identidade da doença é pensada, representada e passível de leituras diferenciadas de acordo com o processo de aquisição de conhecimento sobre ela. Entende-se que a doença, torna-se um texto passível de diferentes leituras em busca de significados tanto para o doente,

no processo de desencadear sintomas, como para os profissionais quando perseguem sinais e encontram assim as formas visíveis da doença (FERREIRA, 1994).

Segundo Langdon (1994, p. 17) “a doença é mais do que um conjunto de sintomas físicos observados numa realidade empírica. Ela se torna um conjunto de experiências associadas por redes de significados e interação social”.

Sabe-se que na US freqüentada pelos idosos do estudo os profissionais realizam orientações individualizadas e os idosos participam de palestras, entretanto os resultados aqui apontados não são os desejados a respeito do nível de conhecimento necessário para que os levem ao cuidado de si.

Nos discursos a seguir evidencia-se a acomodação dos idosos em relação aos cuidados com sua doença. Eles afirmam saber da necessidade de autocuidado, porém não o realizam e justificam que sentem “preguiça”.

*“A gente entende que tem que se cuidar, mas não se cuida. A falta de consideração com a gente mesma é maior! É preguiça [...]” (ID2); “Eu entendo que é isso mas não se pratica.” (ID 3); “Eu não me cuido apesar de saber que no diabetes 90% depende da pessoa se cuidar e 10% dos outros, vocês estão nestes 10% e a esposa também.” (ID1)*

Em contraposição aos discursos acima os idosos alegaram cuidados especiais com a alimentação: *Cuido da alimentação, cuido com óleos, e gordura. Como arroz, feijão, carne não gorda e salada.(ID 3); “Faço uma dieta, acho que faz parte e precisa fazer dieta. (ID 2)”*

Diante da doença os idosos demonstram passividade entretanto não apresentaram a mesma postura ao relacionar o diabetes às possibilidades de morte: *“É uma doença que deixa um campo aberto para as outras doenças, se não cuidar morre mesmo.Tem que existir o controle [...]” (ID 2).* A idéia do cuidado apresentado pelos idosos está estritamente relacionada com o controle, acreditam que os diabéticos devem ter tudo controlado, porém na prática isso não se aplica. Segundo Lenardt (2001, p. 130):

Todos os idosos tem uma idéia mais ou menos clara daquilo que convém ao bom equilíbrio do corpo, de sua saúde, de sua manutenção. Todos os doentes têm uma idéia de um regime, restrições e proibições; é a cultura do cotidiano. Por mais matuto que ele seja, ele não é destituído de saber. Tem seu saber próprio, o qual utiliza nas suas práticas de cuidado no domicílio.

Verifica-se que os idosos necessitam que ações que os auxiliem no desenvolvimento de competências para o empoderamento. O empoderamento entendido como estímulo para a reflexão crítica e tomada de decisão, visando auxiliar para o desenvolvimento de ações que podem promover o cuidado de si.

Está intrínseco no cuidado de si do idoso com diabetes a especial atenção as questões alimentares, muitos diabéticos sofrem e enfrentam dificuldades quanto as restrições alimentares impostas pela doença: *“Quando chego numa festa eu tento não comer, mas as vezes eu não agüento como menos, mas como. Eu pego um bombom, porque o diabético sofre sem poder comer, somente podendo ficar olhando.”*(ID 5), *“gostaria de comer, mas não posso [...]”* (ID 1); *“tudo é controlado, até a vida é controlada.”* (ID 3); *“eu faço a comida e tenho que ver os outros comerem, aí eu sinto vontade.”* (ID 1).

Segundo Helman (1994), para as pessoas o alimento traz consigo uma série de simbolismos, manifestando e criando relações entre o homem e o homem, o homem e as deidades e o homem e seu meio ambiente natural.

A sensação de frustração é freqüente, pois os idosos se ressentem de não poder desfrutar do prazer da alimentação produzidos por eles mesmos, e de não poder comer aquilo de que gostam, como e quando sentirem vontade. Nesse contexto, a doença surge como ameaça a autonomia individual, além de representar um fator limitante para a qualidade de vida desses pacientes (SANTOS *et al.*, 2005).

Segundo Geertz (1997, p. 11) “as sensações precisam ser confrontadas com a realidade, as formas de saber são sempre e inevitavelmente locais, inseparáveis de seus instrumentos e de seus invólucros”.

A doença acarreta mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. É sobretudo por meio das restrições no comportamento alimentar que o diabético toma consciência de suas limitações. Por essa razão o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana do paciente diabético. O desejo alimentar faz o paciente sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ao mesmo tempo, esse desejo o faz feliz de uma forma que só ele sabe descrever (SANTANA, 1998).

Os diabéticos necessitam ser criativos com a alimentação, devido as restrições alimentares impostas pela doença. A cultura alimentar e familiar é etnocêntrica e por isto há dificuldades para ser criativos no alimento que ora devem ingerir. A maioria dos idosos no Brasil não tem acesso ao alimento diet, seja por questões financeiras, de acesso ou culturais.

As manifestações culturais familiares são percebidas no compartilhar por meio da alimentação. As influências interpessoais familiares podem ser percebidas nos discursos dos idosos, que demonstram certo constrangimento em não satisfazer as vontades dos familiares:

*“ele trouxe umas coisas, queijo, presunto, pão e vinho, ele insistiu tanto para que eu tomasse [...] Eu adoro vinho, mas só tomei para não fazer desfeita.” (ID 1)*

O comportamento do cônjuge influencia o comportamento do idoso com diabetes, levando os idosos a desenvolverem uma conduta que traz resultados muitas vezes negativos para sua saúde. Nessa situação o cônjuge acaba por assumir um papel negativo para o cuidado de si do idoso. As influências interpessoais estão intimamente relacionadas com as questões instrumentais e comportamentais dos idosos e estão alicerçadas em crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade do idoso enfrentar a sua doença e buscar soluções para o controle do diabetes.

Influências da cultura familiar exigem dos idosos determinados comportamentos, assim é essencial previamente ao início das ações de cuidado gerontológico conhecer os padrões culturais familiares, traçando estratégias em conjunto com estes, direcionadas a melhorias no controle metabólico do diabético. Muitas vezes para que as melhorias ocorram é essencial a pactuação de acordos entre o idoso, familiares e profissional, ou seja uma aliança terapêutica. Esta aliança terapêutica é uma relação não transferencial e nisto reside em parte o sucesso ns cuidados. Os idosos não podem transferir a culpa de não se cuidarem para os familiares, devem assumir suas ações e refletir criticamente sobre elas para desenvolver competências para o empoderamento. Segundo Santos (2003, p. 23) “não se pode negar que a comunicação entre idosos, familiares [...] requer urgentemente novas configurações. Não mais procurando culpados ou inocentes, mas envidando esforços para compreender”.

Os fundamentos culturais dos pacientes formam o contexto no qual se desenvolvem certas crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso de terapêutica. Segundo Featherstone (1994), os corpos não operam em si mesmos; ao contrário, sua capacidade de operar é mediada pela cultura. A cultura é escrita sobre os corpos e nós precisamos examinar os modos particulares como ela acontece.

Nos discursos relacionados a terapêutica medicamentosa verifica-se a busca por soluções alternativas:

*A medicação as vezes não adianta, tomo chá natural é o que resolve. (ID 3); Eu acredito muito nos chás caseiros, acho que eles resolvem [...] abaixam o açúcar no sangue. (ID 2); Me sinto bem quando tomo chá caseiro, acho que resolve! (ID 1)*

A atitude de desconfiança em relação a certos aspectos do tratamento, sobretudo a medicação prescrita acarreta uma busca por tratamentos alternativos, que, na visão dos pacientes, produziriam mais e melhores resultados que os benefícios oferecidos pela medicina convencional. Esse comportamento está intimamente relacionado a um conjunto de valores e pressupostos adotados, que configuram o conhecimento advindo do cotidiano do senso comum.

Este modo de compreender e cuidar da doença são resultante da herança familiar e das experiências atuais que continuam sendo efetuadas. Pelo senso comum os idosos realizam julgamentos, estabelecem modos de se cuidar, adquirem convicções e confiança para agir. O senso comum, mesmo racional, faz uso não refletido da razão. Por se tratar de um conjunto de concepções fragmentadas, muitas vezes incoerentes pode-se tornar o idoso a adquirir comportamentos que prejudiquem sua saúde.

Nessa direção, pode-se conjecturar que as convicções pessoais constituem a planta sobre a qual os seres humanos constroem suas vidas e as entremeiam com as vidas dos outros (WRIGHT, LEAHEY, 2002).

O diabetes é uma doença de difícil controle, devido à necessidade constante de monitoramento glicêmico, os idosos com esta patologia não conseguem ter certeza do valor da glicemia se não realizarem o monitoramento com aparelho adequado. Esta necessidade, influencia o cuidado de si visto que ao não sentir sintomas relacionados com a patologia, os idosos esquecem-se das restrições impostas e acabam por fazer coisas que prejudicam sua saúde.

*Nós não fazemos os cuidados porque quando a gente quando está bem se acha que está o máximo [...] (ID 2); Não aparece nada, se de manhã a gente esta bem, de tarde abusa [...]. (ID1); Se fosse uma coisa que aparecesse nos cuidaríamos mais. (ID 3).*

Todas as pessoas necessitam de formas visíveis para se cuidarem de uma doença. A manifestação representa revelação de que algo não vai bem em seu corpo e quanto mais tempo permanecer visível mais carece de cuidados. A doença é manifestada socialmente por este motivo ela necessita ser visível. A invisibilidade da manifestação do diabetes, em partes explica os problemas de adesão ao tratamento. Para Alves *apud* Lenardt (2001) o mecanismo mais simples de interpretação do mundo é a capacidade de sentir dor ou prazer. A sensação de prazer é um ato de conhecimento que interpreta uma dada relação organismo-ambiente como sendo favorável à sobrevivência ou à expressão do corpo. A sensação de dor, ao contrario, o

faz saber que sua vida está em perigo. A atividade se dará, então, pela aproximação do objeto que lhe causa prazer ou pela sua fuga daquele que lhe causa dor.

#### 5.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Neste sub item somente será apresentado parte do processo de enfermagem individualizado para cada idoso - ID1, ID2, ID3, ID4, ID5 e ID6 - diagnóstico e prescrição, baseados no NANDA, mesmo sabendo que o processo foi realizado completamente, esta estratégia foi tomada no intuito de não estender a apresentação dos resultados.

**QUADRO 10 – Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 1 (ID 1).**

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES / PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO	INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
1	Déficit de conhecimento sobre a patologia do diabetes; sobre comportamentos de saúde; sobre o tratamento e armazenamento da insulina.	1) Estimular o idoso a realizar reflexão crítica sobre a sua condição; 2) Oferecer ensino orientado para o paciente e familiares, sobre a patologia e tratamento do diabetes, e armazenamento da insulina; 3) Determinar o conhecimento adquirido com as ações educativas. 4) Instruir a respeito da terapia da insulina prescrita (insulina NPH, via SC manter o frasco na temperatura entre 2 e 8°C, girar o frasco e homogeneizar suavemente, escolher os locais de injeção – por exemplo, ao longo do abdome inferior em um padrão V). 5) Demonstrar e observar o paciente aspirar a insulina para a seringa, ler as marcas na seringa e auto administrar a dose. Avaliar quanto a precisão. 6) Instruir quanto aos sinais / sintomas de reação a insulina (hipoglicemia: fadiga, náuseas, cefaléias, fome, sudorese, irritabilidade, tremores, ansiedade, dificuldade de concentração).	<b>CONHECIMENTO: DO CONTROLE DIABETES</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Ensino: dieta prescrita; medicação prescrita; processo da doença. Administração de medicamentos: via subcutânea (junto com o paciente); Controle da hipoglicemia; Ensino: atividade / exercício prescrita; Estimulo a modificação de comportamentos.
2	Risco para infecção	1) Avaliar a ferida a cada troca de curativo. Obter o perímetro da ferida para acompanhamento; 2) Oferecer ensino orientado sobre os cuidados com a ferida; 3) Irrigar a ferida com SF estéril a temperatura ambiente, 3x ao dia; 4) Avaliar sinais de cicatrização nas bordas da ferida.	<b>CICATRIZAÇÃO DA FERIDA: SEGUNDA INTENÇÃO*</b>	<b>CUIDADOS COM A LESÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação quanto a cuidados com lesões; Ensino sobre a medicação prescrita; e procedimento / tratamento para a lesão; Instrução quanto a proteção contra infecção; Observação as características da lesão, bem como da pele ao redor; Comparação e registro de qualquer modificação na lesão. Avaliação de edema e pulsos periféricos; Determinação da sensibilidade protetora dos pés (teste de monofilamento); Elevação dos membros inferiores 20° ou mais acima do nível do coração; Instrução quanto à proteção da extremidade contra outras lesões.
3	Andar prejudicado	1) Realizar visitas domiciliares; 2) Solicitar o mínimo necessário o deslocamento do paciente até a unidade de saúde;	<b>DIMINUIÇÃO DA LOCOMOÇÃO: CAMINHAR</b>	<b>DIMINUIR A LOCOMOÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação para o paciente a se deslocar (caminhar) o mínimo possível, devido a ferida no pé; Organização do atendimento para o paciente em nível domiciliar.
4	Perfusão tissular alterada (periférica)	1) Elevar os pés quando sentado em poltrona ou na cama. Evitar longos períodos com os pés pendentes; 2) Instruir o paciente para evitar roupas/ meias constritivas e sapatos mal adaptados; 3) Reforçar as precauções de segurança a respeito do uso de compressas de calor, bolsas de água quente, compressas ou escaldas pés quente; 4) Discutir as complicações da doença que resultam das alterações vasculares: ulceração, gangrena, alterações musculares ou na estrutura óssea. 5) Revisar com o paciente e familiares os cuidados adequados com os pés.	<b>INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS</b>	<b>CUIDADOS CIRCULATORIOS</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Supervisão de pele e mucosas; Controle da pressão arterial; Orientação quando a cuidados com os pés. Instrução quanto a precauções circulatórias; Determinação da sensibilidade protetora dos pés (teste de monofilamento); Elevação dos membros inferiores 20° ou mais, acima do nível do coração.
5	Interação social prejudicada	1) Estimular o paciente a participar de grupo educativos/ de apoio.	<b>ENVOLVIMENTO SOCIAL</b>	<b>AUMENTO DA SOCIALIZAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Discussão com o paciente a importância da participação em grupo sociais; Estimulo ao aumento do sistema de apoio do paciente.
6	Distúrbio da imagem corporal	1) Discutir com o indivíduo / familiares a situação de saúde do idoso,	<b>IMAGEM CORPORAL</b>	<b>MELHORA DA IMAGEM CORPORAL</b>

\* Ferida de segunda intenção é aquela na qual houve perda de tecido e as bordas da pele estão bem afastadas (DEALEY, 2001, p. 1).

		bem como alterações na aparência física.		<b>Atividades de enfermagem</b> Auxílio na discussão de mudanças causadas pela doença ou cirurgia; Discussão da diferença entre a aparência física e os sentimentos de valorização pessoal; Discussão dos estressores que afetam a imagem corporal devido a cirurgia; Monitorização da frequência das declarações de auto crítica; Avaliação do quanto o paciente consegue olhar para a parte do corpo modificada; Determinação do quanto a modificação na imagem corporal contribuiu para aumentar o isolamento social; Auxílio para identificar as ações que irão melhorar a aparência; Identificação de grupos de apoio disponíveis para o paciente.
7	Déficit de atividades de recreação	1) Oferecer possibilidades de atividades recreativas, que podem ser realizadas; 2) Estimular o paciente a participar de grupo educativos/ de apoio.	ENVOLVIMENTO SOCIAL	<b>AUMENTO DA SOCIALIZAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Identificação de grupos sociais / apoio que o idoso possa participar; Discussão da importância da participação em grupo social.
8	Ansiedade	1) Solicitar o desenvolvimento de atividades recreativas; 2) Instruir quanto a patologia do diabetes, sintomas, fatores de risco, entre outros. 3) Apoiar o idoso por meio da aliança terapêutica. 4) Envolver a família na promoção de atitudes que visem reduzir a ansiedade do idoso.	CONTROLE DA ANSIEDADE	<b>REDUÇÃO DA ANSIEDADE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a patologia do diabetes; Estimulo a participação em grupos, atividades de recreação; Incitação para desenvolvimento do enfrentamento da sua situação de saúde; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integra-se e estar presente junto com o paciente e família, sendo apoio para as questões de saúde.
9	Medo	1) Estimular o paciente a realizar atividades sozinho; 2) Orientar quanto as atitudes que devem ser tomadas se acaso o paciente passar mal (hipoglicemia)	CONTROLE DO MEDO	<b>AUMENTO DA SEGURANÇA</b> <b>MELHORA DO ENFRENTAMENTO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a condição de saúde/doença; Ensino dos sintomas da hipoglicemia, e o que fazer caso isto venha a ocorrer; Incentivo a realização de atividade de maneira independente (sem a dependência total do cônjuge); Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integrar-se e estar presente junto com o paciente, sendo apoio para suas questões de saúde; Identificação dos grupos de apoio disponíveis para o paciente.
10	Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	1) Programar consultas com nutricionista para reestruturar o plano de alimentação e avaliar as opções de alimentos.	CONTROLE DO PESO	<b>ASSISTÊNCIA PARA PERDER PESO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação quanto às questões alimentares (nutricionais); Estimulo para modificação de comportamentos; Contrato com o paciente para modificação de comportamentos; Ensino: dieta direcionada para diabéticos; Acordo com o paciente que se necessário será realizado encaminhamento para nutricionista**.
11	Controle ineficaz do regime terapêutico	1) Manter registro/diário de verificação da PA, testagem da glicemia capilar, medicamento antidiabético e dosagem/local de aplicação da insulina, resposta fisiológica comum, ingestão dietética. 2) Delinear metas desejadas: glicemia pré refeição de 70 a 140 mg/dl. Pressão arterial de até 139 x 89mmHg.	COMPORTAMENTO PARA ADERÊNCIA	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Avaliação do estado de saúde do paciente; Orientação sobre a patologia do diabetes; Realização de atividades de ensino para individuo e familiares; Determinação de metas desejadas para melhoria da saúde do paciente.

\*\* Foi sugerido acompanhamento de profissional nutricionista, mas o paciente recusou disse que vai modificar hábitos de acordo com as nossas orientações, sendo assim ficou acordado que se não houvesse melhoras no prazo de 1 mês, o mesmo passaria a ser acompanhado por nutricionista.



**QUADRO 11 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 2 (ID 2).**

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES / PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO	INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
1	Ansiedade	1) Envolver a família na aliança terapêutica, pactuando o desenvolvimento de ações que minimizem a ansiedade do idoso. 2) Solicitar o desenvolvimento de atividades recreativas; 3) Instruir quanto a patologia do diabetes, sintomas, fatores de risco, entre outros, com a meta de desenvolver competências para enfrentar a patologia.	<b>CONTROLE DA ANSIEDADE</b>	<b>REDUÇÃO DA ANSIEDADE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a patologia do diabetes; Estímulo para o desenvolvimento de competências para enfrentamento da sua situação de saúde; Incitar a participação em grupos, atividades de recreação; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integra-se e estar presente junto com o paciente, através da aliança terapêutica, sendo apoio para as questões de saúde.
2	Perfusão tissular alterada (periférica)	1) Elevar os pés quando sentado em poltrona ou na cama. Evitar longos períodos com os pés pendentes; 2) Instruir o paciente para evitar roupas/ meias constritivas e sapatos mal adaptados; 3) Reforçar as precauções de segurança a respeito do uso de compressas de calor, bolsas de água quente, compressas ou escalda pés quente; 4) Discutir as complicações da doença que resultam das alterações vasculares: ulceração, gangrena, alterações musculares ou na estrutura óssea. 5) Revisar com o paciente os cuidados adequados com os pés.	<b>INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS</b>	<b>CUIDADOS CIRCULATORIOS</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Supervisão pele e mucosas; Controle da pressão arterial; Orientação quando a cuidados com os pés. Instrução quanto a precauções circulatorias; Determinação da sensibilidade protetora dos pés (teste de monofilamento); Elevação os membros inferiores 20º ou mais acima do nível do coração.
3	Interação social prejudicada	1) Estimular o paciente a participar de grupo educativos/ de apoio.	<b>ENVOLVIMENTO SOCIAL</b>	<b>AUMENTO DA SOCIALIZAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Discussão com o paciente a importância da participação em grupo sociais; Estímulo ao desenvolvimento de reflexão crítica do idoso frente a seu modo de viver; Estímulo ao aumento do seu sistema de apoio.
4	Tristeza crônica	1) Estimular o paciente a enfrentar a perda do esposo; 2) Orientar sobre a necessidade e apoio terapêutico (psicológico).	<b>SOLUÇÃO DO LUTO</b>	<b>FACILITAÇÃO DO PESAR</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Oferecer apoio para a perda de familiar; Orientação /estímulo ao enfrentamento da perda familiar do esposo; Através da aliança terapêutica envolver a família para auxiliar o idoso no enfrentamento do luto.
5	Déficit de conhecimento sobre a patologia do diabetes; sobre comportamentos de saúde; sobre o tratamento e armazenamento da insulina.	1) Oferecer ensino orientado para o paciente, sobre a patologia e tratamento do diabetes, e armazenamento da insulina; 2) Determinar o conhecimento adquirido com as ações educativas. 3) Instruir a respeito da terapia da insulina prescrita (insulina NPH e regular, via SC manter o frasco na temperatura entre 2 e 8°C, girar o frasco e homogeneizar suavemente, escolher os locais de injeção – por exemplo, ao longo do abdome inferior em um padrão V). 4) Demonstrar e observar o paciente aspirar a insulina para a seringa, ler as marcas na seringa e auto administrar a dose. Avaliar quanto a precisão. 5) Instruir quanto aos sinais / sintomas de reação a insulina (hipoglicemia: fadiga, náuseas, cefaléias, fome, sudorese, irritabilidade, tremores, ansiedade, dificuldade de concentração).	<b>CONHECIMENTO: CONTROLE DO DIABETES</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades da enfermagem</b> Ensino: dieta prescrita; medicação prescrita; processo da doença; Auxiliar no desenvolvimento de competências por parte do idoso para promover a saúde; Administração de medicamentos: via subcutânea (junto com o paciente); Controle da hipoglicemia; Ensino: atividade / exercício prescrito; Estímulo a modificação de comportamentos.
6	Medo	1) Estimular o paciente a realizar atividades sozinho; 2) Orientar quanto as atitudes que devem ser tomadas se acaso o paciente passar mal (hipoglicemia).	<b>CONTROLE DO MEDO</b>	<b>AUMENTO DA SEGURANÇA MELHORA DO ENFRENTAMENTO</b> <b>Atividades de enfermagem</b>

				Orientação sobre sua condição de saúde/doença; Ensino sobre os sintomas da hipoglicemia, e o que fazer caso isto venha a ocorrer; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integra-se e estar presente junto com o paciente, sendo apoio para suas questões de saúde; Identificação de grupos de apoio disponíveis para o paciente.
7	Controle ineficaz do regime terapêutico	1) Manter registro/diário de verificação da PA, testagem da glicemia capilar, medicamento antidiabético e dosagem/local de aplicação da insulina, resposta fisiológica comum, ingestão dietética. 2) Delinear metas desejadas: glicemia pré refeição de 70 a 140 mg/dl. Pressão arterial de até 139 x 89mmHg.	<b>COMPORTAMENTO PARA ADERÊNCIA</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Avaliação do estado de saúde; Orientação sobre a patologia do diabetes; Realização de atividades de ensino para indivíduo; Determinação de metas desejadas para melhoria da saúde.
8	Andar prejudicado	1) Realizar visitas domiciliares; 2) Solicitar o mínimo necessário o deslocamento do paciente até a unidade de saúde;	<b>DIMINUIÇÃO DA LOCOMOÇÃO: CAMINHAR</b>	<b>DIMINUIR A LOCOMOÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação para se deslocar (caminhar) o mínimo possível, devido a dor nos joelhos; Organização do atendimento para o paciente em nível domiciliar.
9	Processos familiares alterados	1) Estimular o paciente a desenvolver competências para enfrentar a perda do cônjuge; 2) Orientar sobre a necessidade e apoio terapêutico (psicológico); 3) Dar apoio ao sentimento de modificações nas finanças.	<b>ENFRENTAMENTO FAMILIAR</b>	<b>MELHORA DO ENFRENTAMENTO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Oferecer apoio para a perda de familiar; Orientação/estímulo ao enfrentamento da perda familiar (cônjuge). Estímulo ao enfrentamento da nova situação de vida.
10	Negação ineficaz	1) Orientar sobre a patologia do diabetes; 2) Discutir a necessidade de conscientização/ aceitação da doença; 3) Estimular o paciente a realizar acompanhamento e exames periodicamente. 4) Pactuar com o idoso aliança terapêutica,.	<b>ACEITAÇÃO: ESTADO DE SAÚDE</b>	<b>MELHORA DO ENFRENTAMENTO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a situação de saúde do paciente (diabetes); Estímulo para reflexão crítica e desenvolvimento de competências para o empoderamento do idoso Discussão da necessidade de conscientização da doença;

**QUADRO 12 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 3 (ID 3).**

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES / PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO	INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
1	Déficit de conhecimento sobre a patologia do diabetes; sobre comportamentos de saúde; sobre o tratamento e armazenamento da insulina.	1) Oferecer ensino orientado para o paciente, sobre a patologia e tratamento do diabetes, e armazenamento da insulina; 2) Determinar o conhecimento adquirido com as ações educativas. 3) Instruir a respeito da terapia da insulina prescrita (insulina NPH, via SC manter o frasco na temperatura entre 2 e 8°C, girar o frasco e homogeneizar suavemente, escolher os locais de injeção – por exemplo, ao longo do abdome inferior em um padrão V). 4) Demonstrar e observar o paciente aspirar a insulina para a seringa, ler as marcas na seringa e auto administrar a dose. Avaliar quanto a precisão. 5) Instruir quanto aos sinais / sintomas de reação a insulina (hipoglicemia: fadiga, náuseas, cefaléias, fome, sudorese, irritabilidade, tremores, ansiedade, dificuldade de concentração).	<b>CONHECIMENTO: CONTROLE DO DIABETES</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades da enfermagem</b> Ensino: dieta prescrita; medicação prescrita; processo da doença. Administração de medicamentos: via subcutânea (junto com o paciente); Controle da hipoglicemia; Ensino: atividade / exercício prescrito; Estímulo a conscientização para modificação de comportamentos, por meio das bases do empoderamento.
2	Perfusão tissular alterada (periférica)	1) Elevar os pés quando sentado em poltrona ou na cama. Evitar longos períodos com os pés pendentes;	<b>INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS</b>	<b>CUIDADOS CIRCULATORIOS</b> <b>Atividades de enfermagem</b>

		2) Instruir o paciente para evitar roupas/ meias constritivas e sapatos mal adaptados; 3) Reforçar as precauções de segurança a respeito do uso de compressas de calor, bolsas de água quente, compressas ou esquadra pés quente; 4) Discutir as complicações da doença que resultam das alterações vasculares: ulceração, gangrena, alterações musculares ou na estrutura óssea. 5) Revisar com o paciente os cuidados adequados com os pés.		Supervisão pele e mucosas; Controle da pressão arterial; Orientação quando a cuidados com os pés. Instrução quanto a precauções circulatórias; Determinação da sensibilidade protetora dos pés (teste de monofilamento); Elevação os membros inferiores 20º ou mais, acima do nível do coração.
3	Interação social prejudicada	1) Estimular o paciente a participar de grupo educativos/ de apoio.	<b>ENVOLVIMENTO SOCIAL</b>	<b>AUMENTO DA SOCIALIZAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Discussão com o paciente sobre a importância da participação em grupo social; Estímulo ao aumento do seu sistema de apoio.
4	Ansiedade	1) Solicitar o desenvolvimento de atividades recreativas; 2) Instruir quanto a patologia do diabetes, sintomas, fatores de risco, entre outros.	<b>CONTROLE DA ANSIEDADE</b>	<b>REDUÇÃO DA ANSIEDADE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a patologia do diabetes; Estímulo a participação em grupos, atividades de recreação; Incitação ao desenvolvimento do enfrentamento da sua situação de saúde; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integrar-se e estar presente junto com o paciente e família, sendo apoio para as questões de saúde.
5	Medo	1) Estimular o paciente a realizar atividades sozinho (dependência do cônjuge); 2) Orientar quanto as atitudes que devem ser tomadas se acaso o paciente passar mal (hipoglicemia).	<b>CONTROLE DO MEDO</b>	<b>AUMENTO DA SEGURANÇA</b> <b>MELHORA DO ENFRENTAMENTO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre sua condição de saúde/doença; Ensino sobre os sintomas da hipoglicemia, e o que fazer caso isto venha a ocorrer; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integra-se e estar presente junto com o paciente, sendo apoio para suas questões de saúde; Identificação de grupos de apoio disponíveis para o paciente.
6	Controle ineficaz do regime terapêutico	1) Manter registro/diário de verificação da PA, testagem da glicemia capilar, medicamento antidiabético e dosagem/local de aplicação da insulina, resposta fisiológica comum, ingestão dietética. 2) Delinear metas desejadas: glicemia pré refeição de 70 a 140 mg/dl. Pressão arterial de até 139 x 89mmHg.	<b>COMPORTAMENTO PARA ADERÊNCIA</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Avaliação do estado de saúde; Orientação sobre a patologia do diabetes; Realização de atividades para o desenvolvimento de competências e empoderamento do idoso; Determinação de metas desejadas para melhoria da saúde.

**QUADRO 13 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 4 (ID 4).**

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES / PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO	INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
1	Constipação	1) Orientar sobre dieta adequada para evitar constipação e se necessário encaminhar para nutricionista; 2) Explicar para o idoso quais são as interferências do processo de envelhecimento no sistema gastrointestinal. 3) Estimular paciente a enfrentar a situação vivenciada.	<b>ELIMINAÇÃO INTestinal</b>	<b>CONTROLE DA CONSTIPAÇÃO/IMPACTAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Explicação sobre o processo de envelhecimento e as consequências no sistema gastrointestinal do idoso; Orientação sobre dieta para evitar constipação (caso necessário)

				encaminhamento para nutricionista); Estímulo para enfrentamento das situações vivenciadas;
2	Déficit de conhecimento sobre a patologia do diabetes; sobre comportamentos de saúde; sobre o tratamento e armazenamento da insulina.	1) Oferecer ensino orientado para o paciente, sobre a patologia e tratamento do diabetes, e armazenamento da insulina; 2) Determinar o conhecimento adquirido com as ações educativas. 3) Instruir a respeito da terapia da insulina prescrita (insulina NPH, via SC manter o frasco na temperatura entre 2 e 8°C, girar o frasco e homogeneizar suavemente, escolher os locais de injeção – por exemplo, ao longo do abdome inferior em um padrão V). 4) Demonstrar e observar o paciente aspirar a insulina para a seringa, ler as marcas na seringa e auto administrar a dose. Avaliar quanto a precisão. 5) Instruir quanto aos sinais / sintomas de reação a insulina (hipoglicemia: fadiga, náuseas, cefaléias, fome, sudorese, irritabilidade, tremores, ansiedade, dificuldade de concentração).	<b>CONHECIMENTO: CONTROLE DO DIABETES</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Ensino: dieta prescrita; medicação prescrita; processo da doença. Administração de medicamentos: via subcutânea (junto com o paciente); Controle da hipoglicemia; Ensino: atividade / exercício prescrito; Estímulo a modificação de comportamentos.
3	Ansiedade	1) Solicitar o desenvolvimento de atividades recreativas; 2) Instruir quanto a patologia do diabetes, sintomas, fatores de risco, entre outros.	<b>CONTROLE DA ANSIEDADE</b>	<b>REDUÇÃO DA ANSIEDADE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a patologia do diabetes; Estímulo a participação em grupos, atividades de recreação; Incitação ao desenvolvimento do enfrentamento da sua situação de saúde; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integrar-se e estar presente junto com o paciente, sendo apoio para as questões de saúde.
4	Controle ineficaz do regime terapêutico	1) Manter registro/diário de verificação da PA, testagem da glicemia capilar, medicamento antidiabético e dosagem/local de aplicação da insulina, resposta fisiológica comum, ingestão dietética. 2) Delinear metas desejadas: glicemia pré refeição de 70 a 140 mg/dl. Pressão arterial de até 139 x 89mmHg.	<b>COMPORTAMENTO PARA ADERÊNCIA</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Avaliação do estado de saúde; Orientação sobre a patologia do diabetes; Realização de atividades de ensino para indivíduo; Determinação de metas desejadas para melhoria da saúde.
5	Interação social prejudicada	1) Estimular o paciente a participar de grupo educativos/ de apoio.	<b>ENVOLVIMENTO SOCIAL</b>	<b>AUMENTO DA SOCIALIZAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Discussão com o paciente sobre a importância da participação em grupo social; Estímulo ao aumento do seu sistema de apoio.
6	Síndrome do estresse por mudança	1) Estimular o envolvimento familiar para a situação de estresse por mudança, orientando a importância da qualidade de vida para o idoso com diabetes. 2) Solicitar avaliação social (assistente social) sobre a situação do paciente.	<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>SUORTE A FAMÍLIA</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Estimular o envolvimento da família na situação apresentada; Orientar sobre a importância da qualidade de vida para a saúde do idoso; Encaminhamento do caso para assistente social.

**QUADRO 14 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 5 (ID 5).**

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES / PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO	INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
1	Medo	1) Estimular o paciente a realizar atividades sozinho (dependência do cônjuge); 2) Orientar quanto as atitudes que devem ser tomadas se acaso o paciente passar mal (hipoglicemia).	<b>CONTROLE DO MEDO</b>	<b>AUMENTO DA SEGURANÇA MELHORA DO ENFRENTAMENTO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre sua condição de saúde/doença;

		3) Incitar a reflexão crítica da situação de saúde do idoso, com meta auxiliá-lo no desenvolvimento de competências para o empoderamento.		Ensino sobre os sintomas da hipoglicemia, e o que fazer caso isto venha a ocorrer; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integrar-se e estar presente junto com o paciente, sendo apoio para suas questões de saúde; Identificação de grupos de apoio disponíveis para o paciente; Estimular o empoderamento do idoso.
2	Síndrome do estresse por mudança	1) Estimular o envolvimento familiar para a situação de estresse por mudança, orientando a importância da qualidade de vida para o idoso com diabetes. 2) Solicitar avaliação social (assistente social) sobre a situação do paciente.	<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>SUPORTE A FAMÍLIA</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Estimular o envolvimento da família na situação apresentada; Orientar sobre a importância da qualidade de vida para a saúde do idoso; Encaminhamento do caso para assistente social.
3	Necessidades nutricionais alteradas: menos que as necessidades corporais	1) Orientar sobre dieta hipercalórica e encaminhar para nutricionista; 2) Estimular paciente a enfrentar a situação vivenciada.	<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>ASSISTÊNCIA PARA GANHAR PESO</b> <b>CONTROLE DA NUTRIÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação quanto a dieta hipercalórica; Encaminhamento do caso para nutricionista; Orientação para o enfrentamento da situação vivenciada.
4	Diarréia	1) Orientar sobre dieta que auxilie para evitar a diarréia e encaminhar para nutricionista; 2) Estimular paciente a enfrentar a situação vivenciada. 3) Orientar quanto as interferências do processo de envelhecimento no sistema gastrointestinal.	<b>ELIMINAÇÃO INTestinal</b>	<b>CONTROLE DA DIARRÉIA</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação quanto a dieta que auxilie para evitar a diarréia; Explicação sobre o processo de envelhecimento e as consequências no sistema gastrointestinal do idoso; Encaminhamento do caso para nutricionista; Orientação para o enfrentamento da situação vivenciada.
5	Perfusão tissular alterada (periférica)	1) Elevar os pés quando sentado em poltrona ou na cama. Evitar longos períodos com os pés pendentes; 2) Instruir o paciente para evitar roupas/ meias constritivas e sapatos mal adaptados; 3) Reforçar as precauções de segurança a respeito do uso de compressas de calor, bolsas de água quente, compressas ou escalda pés quente; 4) Discutir as complicações da doença que resultam das alterações vasculares: ulceração, gangrena, alterações musculares ou na estrutura óssea. 5) Revisar com o paciente os cuidados adequados com os pés.	<b>INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS</b>	<b>CUIDADOS CIRCULATORÍOS</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Supervisão pele e mucosas; Controle da pressão arterial; Orientação quando a cuidados com os pés.  <b>Cuidados circulatórios</b> Instrução quanto a precauções circulatórias; Determinação da sensibilidade protetora dos pés (teste de monofilamento); Elevação os membros inferiores 20° ou mais acima do nível do coração.
6	Desesperança	1) Encaminhar para atendimento de nutricionista; 2) Encaminhar para atendimento de psicólogo.	<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>INSTILAÇÃO DA ESPERANÇA</b> <b>PROMOÇÃO DA CAPACIDADE DE RECUPERAÇÃO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Encaminhamento do caso para psicólogo. Encaminhamento do caso para nutricionista.
7	Déficit de conhecimento sobre a patologia do diabetes; sobre comportamentos de saúde; sobre o tratamento e armazenamento da insulina.	1) Oferecer ensino orientado para o paciente, sobre a patologia e tratamento do diabetes, e armazenamento da insulina; 2) Determinar o conhecimento adquirido com as ações educativas. 3) Instruir a respeito da terapia da insulina prescrita (insulina NPH, via SC manter o frasco na temperatura entre 2 e 8°C, girar o frasco e homogeneizar suavemente, escolher os locais de injeção – por exemplo, ao longo do abdome inferior em um padrão V). 4) Demonstrar e observar o paciente aspirar a insulina para a seringa, ler as marcas na seringa e auto administrar a dose. Avaliar quanto a precisão. 5) Instruir quanto aos sinais / sintomas de reação a insulina (hipoglicemia: fadiga, náuseas, cefaléias, fome, sudorese, irritabilidade, tremores,	<b>CONHECIMENTO: CONTROLE DO DIABETES</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades da enfermagem</b> Ensino: dieta prescrita; medicação prescrita; processo da doença. Administração de medicamentos: via subcutânea (junto com o paciente); Controle da hipoglicemia; Ensino: atividade / exercício prescrito; Estímulo a modificação de comportamentos.

		ansiedade, dificuldade de concentração).		
8	Ansiedade	1) Solicitar o desenvolvimento de atividades recreativas; 2) Instruir quanto a patologia do diabetes, sintomas, fatores de risco, entre outros.	<b>CONTROLE DA ANSIEDADE</b>	<b>REDUÇÃO DA ANSIEDADE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a patologia do diabetes; Estímulo a participação em grupos, atividades de recreação; Incitação ao desenvolvimento do enfrentamento da sua situação de saúde; Integrar-se e estar presente junto com o paciente, sendo apoio para as questões de saúde; Estimular através da aliança terapêutica o desenvolvimento de competências para o empoderamento do idoso.
9	Controle ineficaz do regime terapêutico	1) Manter registro/diário de verificação da PA, testagem da glicemia capilar, medicamento antidiabético e dosagem/local de aplicação da insulina, resposta fisiológica comum, ingestão dietética. 2) Delinear metas desejadas: glicemia pré refeição de 70 a 140 mg/dl. Pressão arterial de até 139 x 89mmHg. 3) Através da aliança terapêutica envolver a família nas orientações pra promover a saúde do idoso.	<b>COMPORTAMENTO PARA ADERÊNCIA</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Avaliação do estado de saúde; Orientação sobre a patologia do diabetes; Realização de atividades para desenvolvimento de competências para o empoderamento do idoso; Promover a saúde do idoso; Determinação de metas desejadas para melhoria da saúde.

**QUADRO 15 - Diagnóstico de enfermagem (baseado no NANDA), ações / prescrições de enfermagem, resultados esperados e intervenções do enfermeiro (baseadas no NIC), para o idoso 6 (ID 6).**

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES / PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO	INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
1	Memória prejudicada	1) Instruir o paciente a realização atividades que estimulem a memória; 2) Encaminhar para avaliação de médico neurologista.	<b>MEMORIA</b>	<b>TREINAMENTO DA MEMORIA</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Realização de atividades que estimulem a memória do paciente. Encaminhamento do paciente para avaliação de especialista em neurologia.
2	Déficit de conhecimento sobre a patologia do diabetes; sobre comportamentos de saúde; sobre o tratamento e armazenamento da insulina.	1) Oferecer ensino orientado para o paciente, sobre a patologia e tratamento do diabetes, e armazenamento da insulina; 2) Determinar o conhecimento adquirido com as ações educativas. 3) Instruir a respeito da terapia da insulina prescrita (insulina NPH , via SC manter o frasco na temperatura entre 2 e 8°C, girar o frasco e homogeneizar suavemente, escolher os locais de injeção – por exemplo, ao longo do abdome inferior em um padrão V). 4) Demonstrar, então observar o paciente aspirar a insulina para a seringa, ler as marcas na seringa e auto administrar a dose. Avaliar quanto a precisão. 5) Instruir quanto aos sinais / sintomas de reação a insulina (hipoglicemia: fadiga, náuseas, cefaléias, fome, sudorese, irritabilidade, tremores, ansiedade, dificuldade de concentração).	<b>CONHECIMENTO: CONTROLE DO DIABETES</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades da enfermagem</b> Ensino: dieta prescrita; medicação prescrita; processo da doença. Administração de medicamentos: via subcutânea (junto com o paciente); Controle da hipoglicemia; Ensino: atividade / exercício prescrito; Estímulo a modificação de comportamentos.
3	Perfusão tissular alterada (periférica)	1) Elevar os pés quando sentado em poltrona ou na cama. Evitar longos períodos com os pés pendentes; 2) Instruir o paciente para evitar roupas/ meias constritivas e sapatos mal adaptados; 3) Reforçar as precauções de segurança a respeito do uso de compressas de calor, bolsas de água quente, compressas ou escalda pés quente; 4) Discutir as complicações da doença que resultam das alterações	<b>INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS</b>	<b>CUIDADOS CIRCULATORIOS</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Supervisão pele e mucosas; Controle da pressão arterial; Orientação quando a cuidados com os pés.  <b>Cuidados circulatórios</b>

		vasculares: ulceração, gangrena, alterações musculares ou na estrutura óssea. 5) Revisar com o paciente os cuidados adequados com os pés.		Instrução quanto a precauções circulatórias; Determinação da sensibilidade protetora dos pés (teste de monofilamento); Elevação os membros inferiores 20º ou mais acima do nível do coração.
4	Ansiedade	1) Solicitar o desenvolvimento de atividades recreativas; 2) Instruir quanto a patologia do diabetes, sintomas, fatores de risco, entre outros; 3) Encaminhar para atendimento de profissional de psicologia.	<b>CONTROLE DA ANSIEDADE</b>	<b>REDUÇÃO DA ANSIEDADE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a patologia do diabetes; Estímulo a participação em grupos, atividades de recreação; Incitação ao desenvolvimento do enfrentamento da sua situação de saúde; Ouvir atentamente as dúvidas e colocações do paciente; Integrar-se e estar presente junto com o paciente e família, sendo apoio para as questões de saúde; Encaminhamento para atendimento de psicólogo.
5	Controle ineficaz do regime terapêutico	1) Manter registro/diário de verificação da PA, testagem da glicemia capilar, medicamento antidiabético e dosagem/local de aplicação da insulina, resposta fisiológica comum, ingestão dietética. 2) Delinear metas desejadas: glicemia pré refeição de 70 a 140 mg/dl. Pressão arterial de até 139 x 89mmHg.	<b>COMPORTAMENTO PARA ADERÊNCIA</b>	<b>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Avaliação do estado de saúde; Orientação sobre a patologia do diabetes; Realização de atividades de ensino para indivíduo; Determinação de metas desejadas para melhoria da saúde.
6	Fadiga	1) Controlar glicemia; 2) Orientar para os sintomas da hipoglicemia e o que fazer caso esta venha a ocorrer.	<b>TOLERANCIA A ATIVIDADE</b>	<b>CONTROLE DE ENERGIA</b> <b>ENSINO: ATIVIDADE/EXERCICIO</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação sobre a relação entre o esforço físico e hipoglicemia.
7	Enfrentamento familiar ineficaz: comprometido	1) Estimular a participação do esposo nas visitas; 2) Explicar a importância do acompanhamento da família no tratamento/estado de saúde do paciente.	<b>ENFRENTAMENTO FAMILIAR</b>	<b>PROMOÇÃO DO ENVOLVIMENTO FAMILIAR</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Estimulação do envolvimento do cônjuge nos cuidados da paciente; Orientação sobre a importância da integração da família com a situação de saúde do paciente (aliança terapêutica).
8	Risco para integridade da pele prejudicada	1) Instruir o paciente e familiares quanto os cuidados adequados com os pés; 2) Orientar como realizar a higiene adequada dos pés (corte das unhas, hidratação, entre outros)	<b>INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS</b>	<b>CUIDADOS COM OS PÉS</b> <b>Atividades de enfermagem</b> Orientação para o paciente e familiares quanto aos cuidados adequados com os pés; Instrução de como realizar a higiene correta dos pés (corte de unhas, hidratação, entre outros).

## 5.7 DESDOBRAMENTOS DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

A seguir apresenta-se quadro (quadro 16) das intervenções do enfermeiro, segundo as necessidades identificadas para os idosos no processo de enfermagem.

**QUADRO 16 - Intervenções realizadas pelo enfermeiro (baseadas no NIC), segundo necessidade dos idosos.**

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6
Educação para a saúde	X	X	X	X	X	X
Cuidados circulatórios	X	X	X		X	X
Cuidados com a lesão	X					
Diminuir a locomoção	X	X				
Aumento da socialização	X	X	X	X		
Melhora da imagem corporal	X					
Redução da ansiedade	X	X	X	X	X	X
Aumento da segurança	X	X	X	X	X	
Melhora do enfrentamento	X	X	X	X	X	
Assistência para perda de peso	X					
Cuidados com os pés	X					X
Facilitação do pesar		X				
Suporte a família				X	X	
Controle da constipação/impactação				X		
Treinamento memória						X
Controle de energia						X
Promoção do envolvimento familiar						X
Assistência para ganhar peso					X	
Controle da diarreia					X	
Instilação da esperança					X	
Promoção da capacidade de recuperação					X	

Verifica-se no quadro 16, que as intervenções do enfermeiro necessárias para as ações de cuidado gerontológico foram: educação em saúde para redução da ansiedade, esta foi indicada para todos os idosos do estudo e diante da meta do empoderamento dos idosos. Lazarus & Averill *apud* Dealey (2001, p. 14) afirmam que a “ansiedade surge quando o indivíduo é incapaz de compreender plenamente o mundo que o cerca”.

A proposta educativa foi composta por: 1) cartilha educativa, individualizada, ou seja, elaborada de acordo com as necessidades de cada idoso. Esta cartilha foi fornecida para o idoso, servindo como material para consulta e leitura; 2) álbum seriado (apêndice 5, 6 e 7), este foi desenvolvida para auxiliar na comunicação com o idoso, durante as explicações e orientações, visto que servia para ilustrar as informações verbais. O álbum seriado tem em sua composição muitas figuras e mensagens visuais; 3) calendário educativo (apêndice 3), desenvolvido com o intuito de servir para a consulta diária, 4) e diário sobre aplicação da insulina e verificação da PA (apêndice 4).



Acredita-se que conviver com uma doença crônica como o diabetes *mellitus* requer conhecimento não só da natureza da doença, como também das habilidades específicas para o cuidado de si. Dessa forma, são necessários estratégias efetivas direcionadas à prática educativa dos pacientes e familiares. Segundo Ide; Chaves, (1992); Grossi (1999) sabe-se que eventos de descompensação aguda ou crônica, que acometem os pacientes diabéticos, estão geralmente relacionados a falta de adesão ao tratamento, eventos esses que concorrem para o não gerenciamento do diabetes *mellitus*, para o déficit e conhecimento relacionado a doença e comportamento inadequado de autocuidado.

Dificuldades como usar corretamente a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar o estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar. Estima-se que apenas 1/3 dos pacientes aderem ao tratamento, estão sempre presentes na prática clínica. (VALLE *et al*, 2000).

Neste trabalho visto que a meta do empoderamento dos idosos é individualizada, as ações de cuidado gerontológico foram também individuais. Sendo assim o envolvimento do paciente no processo; conhecimento dos modos de pensar e valores do paciente; compreensão da reação do paciente quanto à sua situação particular, seus anseios, suas dúvidas, seus problemas; valorização do paciente para que haja uma minimização de suas atividades negativas, são essenciais para a realização das ações de cuidado.

É importante lembrar que:

O tratamento do diabetes *mellitus* compreende um conjunto de ações interligadas, cujo objetivo final é obter um bom controle metabólico. E para alcançar este objetivo, é de vital importância que os programas de educação em diabetes enfatizem a importância da utilização da medicação de forma adequada, minimizando erros na administração desses e assim obtendo uma ação eficaz (GIMENES *et al.*, 2006, p. 323-324).

Acrescenta-se que além dos resultados no controle metabólico é imprescindível que o idoso desenvolva competências para a promoção da sua saúde. Para os idosos deste estudo as intervenções do cuidado gerontológico de enfermagem, que auxiliassem no desenvolvimento de competências, envolveram práticas de educação para a saúde abordando os seguintes itens: **cuidados circulatórios, cuidados com a lesão, diminuir a locomoção, aumento da socialização, melhora da imagem corporal, aumento da segurança, melhora do enfrentamento, assistência para perda de peso, cuidados com os pés, facilitação do pesar, suporte a família, controle da constipação/impactação, treinamento memória, controle**

**de energia, promoção do envolvimento familiar, assistência para ganhar peso, controle da diarreia, instilação da esperança e promoção da capacidade de recuperação.**

Em relação a intervenção, promoção do envolvimento familiar, acredita-se que os familiares são essenciais para o tratamento do idoso com diabetes. Há uma evidência crescente de que as famílias desempenham um papel importante no tratamento de idosos com doenças crônicas, ajudando a desenvolver um ambiente capacitador. Segundo a WHO (2005) os processos capacitadores recuperam a função e aumentam a participação dos idosos em todas as atividades da sociedade.

Um estudo recente de 357 familiares de diabéticos com 70 anos de idade ou mais demonstrou que mais da metade (71% eram conjugues) participava no cuidado do diabetes. Embora haja alguma evidência de estudos envolvendo pacientes jovens com doença do diabetes *mellitus* tipo 2 de que o apoio familiar específico para o esquema terapêutico está correlacionado a maiores taxas de adesão a esses esquemas, nenhum desses estudos foi realizado com idosos. Se os pacientes estão tendo dificuldades em aderir aos esquemas, se eles confiam nos seus familiares para certas atividades (por exemplo: preparo de refeições, manuseio de medicamentos) ou se eles têm capacidades funcionais, deve-se ensinar aos seus familiares ou a outros prestadores de assistência informações sobre o diabetes, além de receberem instrução e apoio sobre os métodos de tratamento (CARUSO, SILLIMAN, 2001).

Outros fatores podem contribuir para a não adesão ao tratamento, como: o desenvolvimento de patologias associadas ao envelhecimento. Várias fontes literárias enfatizam o papel da comunicação na relação terapêutica. Para tal, é essencial estabelecer um verdadeiro diálogo baseado na empatia, de forma a identificar crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam promover determinados comportamentos. Perante estas considerações, neste estudo desenvolveram-se estratégias de práticas de educação para a saúde, em nível domiciliar, que envolvessem métodos alternativos, buscando estimular o interesse e envolvimento do idoso nas ações de cuidado realizadas.

A aliança terapêutica como foi referido em páginas anteriores procura um acordo entre o profissional e o idoso diabético que se estende ao familiar. Este pacto é de compromisso não transferencial, cada envolvido se compromete em realizar sua parte nos cuidados com o ser idoso diabético.

Sousa (2003) refere que algumas estratégias de educação para a saúde formais, baseadas meramente em métodos expositivos (palestras) poderão não surtir o efeito desejável. Acredita-se que as informações claras e precisas fornecidas pelos profissionais de saúde aos pacientes podem auxiliá-los no desenvolvimento de competências, motivando-os para ao

cuidado de si e a adesão ao tratamento medicamentoso essencial para o controle da patologia. Este processo pode ser aperfeiçoado com o fornecimento de informações escritas, sustentadas por avisos verbais.

Na presente dissertação foi elaborado material contendo informações escritas, figuras ilustrativas e também foram repassadas informações verbais. Na educação para a saúde do paciente, tanto as informações verbais como as escritas são importantes. Muitas vezes, apenas a informação verbal não é suficiente em razão de o paciente priorizar somente aquelas informações que reconhece como necessárias. De acordo com Silva *et al* (2000) existe, ainda a possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la, por isso o fornecimento de informações, escritas tem-se tornado um instrumento efetivo de apoio as orientações verbais ministradas, a respeito das medicações.

A complementaridade do aproveitamento de espaços informais (domicílio, local de trabalho, associações, entre outros) para a realização da educação para a saúde pode ser vantajoso tanto para o próprio indivíduo, visto se encontrar no seu meio ambiente, como para o profissional de saúde, pois mais facilmente se aparece das contingências que podem dificultar as mudanças de estilo de vida.

As ações de cuidado realizadas no domicílio, propiciaram melhor interação do com idosos deste estudo, bem como facilitaram o processo de conscientização, visto que a educação utilizou a realidade e contexto de vida do próprio idoso. Conforme já salientado as atividades educativas foram realizadas na maioria dos domicílios (5 idosos) na cozinha, este fato propiciou maior contato com os fatores (alimentação) relatados pelos idosos e como os de significativa dificuldades de compreensão.

As orientações ocorriam de acordo com o planejado, entretanto inseriam-se outras informações, que se verificavam como necessárias, frente a realidade encontrada. Assim, as orientações eram adaptadas à realidade específica de cada idoso. Percebeu-se que em muitas situações, o idoso necessita de atendimento multiprofissional.

É imprescindível a intervenção junto ao idoso diabético, da equipe multidisciplinar de modo a identificar o mais precocemente possível distúrbios de índole emocional, os quais dificultam a adaptação dos diabéticos a sua condição de doente crônico. O suporte familiar e encaminhamento para grupos de apoio podem ajudar o diabético a compreender e partilhar os seus sentimentos, diminuindo o isolamento e o estigma, podendo prevenir as consequências emocionais da doença.

Acredita-se que o enfermeiro ao desenvolver as intervenções propostas, auxilia o idoso a clarificar os vários componentes emocionais, sociais, intelectuais e espirituais envolvidos

com a doença e no desenvolvimento de competências para o enfrentamento de seu diabetes. Durante o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, teve-se como consideração que “é sempre a pessoa com diabetes que tem de viver com a sua doença e decidir sobre a sua doença [...]” (SOUSA, 2003, p. 150). Ainda, acredita-se que buscar informações, rever a própria experiência, adquirir competências, adaptar-se às mudanças, descobrir significados nos fatos e acontecimentos, modificar atitudes e comportamentos, são condições que apontam para o sujeito como agente principal e responsável pela promoção de sua saúde, instigando o empoderamento, o qual é processo capacitador, que segundo WHO (2005, p. 37) “respeita a dignidade dos idosos”.

## 5.8 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM

O processo de cuidado gerontológico de enfermagem foi ativamente oportunizado pela realização do processo de enfermagem e pelo desenvolvimento da aliança terapêutica, pacto de compromisso mútuo, entre pesquisador e pesquisado.

A participação ativa do idoso como sujeito da ação foi possível a partir do instante em que essas ações partiram do seu viver diário, eram condizentes com as necessidades do idosos e permitiram reflexões conjuntas com a pesquisadora. As vivências compartilhadas, as informações e as práticas do viver possibilitaram socialização do saber entre idosos/acompanhante/pesquisadora. Para realização das ações de cuidado utilizou-se como estratégia o diálogo, realizado de forma horizontal, sem imposições e acredita-se que facilita à compreensão das ações necessárias.

Ao se realizar avaliação das ações de cuidado gerontológico é necessário considerar a dimensão da realidade na qual se está intervindo, pois estas podem compreender, simultaneamente: a) dimensão em que a promoção da saúde cristaliza sua interface do direito a vida, incorporando princípios como participação e responsabilidade, sendo as ações de cuidado estímulos para o desenvolvimento de competências e da cidadania; b) dimensão das singularidades dos sujeitos e suas compreensões sobre saúde e doença, em que por meio da ação comunicativa é possível imprimir direção e sentido para atos de construção de vida mais saudáveis, aglutinando velhos e novos princípios como orientadores de suas ações.

O desenvolvimento da conscientização do idoso, pautado pelo ato de refletir, pensar, criar, investigar, adquirir conhecimentos, criticar, bem como despertar para motivação em intervir e modificar sua realidade é essencial para avaliação das ações de cuidado

gerontológico de enfermagem. O enfermeiro quando interage com o idoso buscando a promoção da saúde, utiliza a estratégia do empoderamento, desenvolve interação identificando as necessidades e desenvolvendo pensamento crítico reflexivo, culminando na transformação da realidade de vida do idoso, é oportuno ressaltar que o processo de empoderamento pode ocorrer por meio de práticas de educação para a saúde, possibilitando conquista da cidadania.

Ao desenvolver as ações de cuidado junto aos idosos foi favorecida a aquisição de conhecimentos e alteração da postura quanto a sua patologia. Este reconheceu a importância do diabetes como problema de saúde pública e ainda em ser colaborador na redução de danos inerentes a condição de adoecer no âmbito individual.

Neste estudo manifesta-se a possibilidade do profissional enfermeiro ser facilitador no desenvolvimento de competências e estimulador do empoderamento dos idosos para promoção da sua saúde, ao pautar as ações na horizontalidade das relações e no processo dialógico que permitem o direito a expressão, reflexão e conscientização.

O calendário educativo elaborado é um instrumento de consulta constante do dia a dia de todos nós, por isso foi selecionado para agregar informações educativas sobre o diabetes, na esperança de que não fosse desprezado mas utilizado como fonte de consulta diária, disponível aos olhos do idoso e de seus acompanhantes / familiares.

A cartilha educativa foi construída no intuito de servir de apoio para a consulta do idoso, um material que serve para agregar informações e estimular o aprendizado. A elaboração da cartilha educativa seguiu as peculiaridades específicas dos idosos, sendo assim para cada um foi elaborado material personalizado com informações que atendessem as suas necessidades individuais.

As práticas de educação para a saúde entendem-se principalmente neste estudo, que precisam ser individualizadas, pois cada idoso tem suas particularidades de saúde/doença e exigências específicas para a aprendizagem.

O enfermeiro deve desenvolver habilidades para avaliar as necessidades individuais e encaminhar as ações de cuidado baseadas no nível de percepção prévio do paciente sobre a doença, o nível de escolaridade e da capacidade física e cognitiva. Assume-se que quanto mais os pacientes aprendem sobre a sua doença, melhoram o seu conhecimento e, portanto, são mais aderente ao tratamento (RABELO *et al.*, 2007).

Conforme SOUZA; LIMA (2007), quanto mais conhecimento o ser humano tem sobre as causas que o afetam, mais possibilidade terá de ser ativo e livre perante sua própria vida,

contudo quanto menos conhecimento tiver, mais viverão ao sabor do acaso sem perceber a verdadeira dimensão da sua servidão.

Na seqüência apresenta-se quadro 17, relacionado as entrevistas realizadas com os idosos após as ações de cuidado gerontológico.

**QUADRO 17 - Construção dos códigos identificados nas entrevistas, realizadas com os idosos diabéticos após as ações educativas, Curitiba, 2007.**

Trechos das entrevistas (idoso)	Códigos
<p>Agora entendi o que é o diabetes, eu não sabia que era isso. (ID2)</p> <p>É complicado a situação da gente, que não entende o que é essa doença e depende dos outros. Porque que ninguém nunca me explicou isso tudo? Vocês são um anjo, eu vou colaborar com vocês, eu tenho obrigação de colaborar com vocês, estão fazendo tudo que podem por mim. (ID3)</p> <p>[...] eu fico boba, há vinte anos que tenho esta doença e nunca ninguém me explicou assim como vocês estão fazendo.... eu precisava disso.... porque nunca ninguém fez isso? Se soubesse desde o início talvez hoje não estivesse assim [...] (ID1)</p> <p>Depois que conversei com vocês e li a apostila descobri que fazia tudo errado, e achava que estava certo, ninguém havia explicado. (ID4)</p> <p>Se vê como que é, há quanto tempo eu tomo a insulina, mas ninguém, nem médico, nem enfermeiro, nem ninguém me falou como tem que tomar. A médica olhou na minha cara e mandou eu tomar a insulina e pronto, não falou mais nada, como que eu vou saber, vou me automedicação? (ID6)</p> <p>Há quantos anos eu tomo o remédio e quem falou isso para mim, ninguém, depois de tantos anos você é a únicas que está me explicando as coisas [...] já morei na praia, aqui em Curitiba, ninguém me falou nada, como que eu ia saber, quantos anos [...] (ID5)</p>	Agora sei o que tenho
<p>Eu preciso controlar a alimentação, eu agora entendi que tenho que educar minha cabeça e mudar, porque se não vou piorar cada vez mais. (ID1)</p> <p>Quando eu começo com vontade de doce é porque a diabetes esta alta, mas agora já sei o que eu tenho que fazer. (ID3)</p> <p>É uma reeducação dos hábitos de vida [...] (ID 2)</p> <p>Tem que cuidar da alimentação, cuidar da insulina. Se fizer isso eu consigo controlar o diabetes, preciso mudar os hábitos do meu dia a dia. (ID6)</p>	Mudança de hábito
<p>Agora tenho ânimo, ânimo para viver, para fazer minhas coisas em casa, hoje vou sair e passear, vou pintar meus cabelos. Aprendi muita coisa na cartilha tenho que caminhar, vou caminhar todos os dias aqui na praça, você é um anjos que Deus enviou para mim, agradeço muito você. Isto que você está fazendo é atendimento de primeiro mundo, mostrei para meus filhos os materiais que deixou aqui, e eles ficaram impressionados, disseram que o atendimento é personalizado para o meu caso e todos leram a apostila comigo, estão até seguindo as orientações também, é atendimento dos Estados Unidos, coisa que nenhum dinheiro pode pagar. Você me deu energia, ânimo para continuar vivendo, não quero que você pare de vir aqui em casa nunca! Se acabar o trabalho continuem vindo como amiga, você é doutoras, mas tambe é minhas amigas.” (ID1)</p>	Atendimento especial
<p>Leio primeiro a bíblia depois 2 ou 3 vezes a apostila, a apostila fica guardada junto com a bíblia, é sagrado, tem um lugar especial. Vou guardar esse material pelo resto da vida, tem o meu nome [...] é especial [...] (ID 1)</p> <p>Aprendi muito com a cartilha, é uma benção [...] (ID2)</p> <p>Agora sei o que eu tenho, a cartilha e você me ensinou. (ID4)</p> <p>Você e a cartilha me ensinaram o que eu tenho, leio todos os dias, já decorei, mas tenho que saber é minha vida que está em jogo [...] (ID6)</p>	Cartilha ensina
<p>Claro que eu posso ser feliz, pra que mais feliz que eu, agora eu tenho competência para isso [...] (ID1)</p> <p>Eu aprendi e isso me deu forças para enfrentar a doença e a vida. (ID2)</p> <p>Eu vou ser feliz porque sou capaz disso, aprendi tudo que preciso [...] (ID3)</p> <p>Graças a você aprendi que posso viver, é só me cuidar e seguir as recomendações que serei feliz e terei uma vida boa [...] (ID6)</p>	Esperança na vida

**QUADRO 18 – Construção dos temas extraídos a partir dos códigos encontrados nas entrevistas realizadas com os idosos diabéticos após as ações educativas, Curitiba, 2007.**

<b>Códigos</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Temas</b>
Agora sei o que tenho	Compreensão da doença	Conhecimento sobre o diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
Mudança de hábito	Busca por melhorias	Reeducação dos hábitos
Atendimento especial	Influência dos profissionais	Atendimento profissional
Cartilha ensina		
Esperança na vida	Desenvolvimento de competências	Empoderamento

Na seqüência apresenta-se a discussão da temática emergente das entrevistas, optou-se por resumi-la em função da semelhança dos temas e extensão desta dissertação. Os temas trabalhados e discutidos são, conhecimento sobre o diabetes *mellitus* tipo 2, reeducação dos hábitos, atendimento profissional e empoderamento.

Como resultado das ações de cuidado gerontológico realizadas, os idosos expressaram compreensão da patologia, considerando-se este item como fundamental para o início do processo de mudanças nos hábitos de vida, que poderá significar maior quantidade e qualidade de vida.

Frankenhaeuser *apud* Dealey (2001, p. 14) acrescenta que “as informações são necessárias para a compreensão”. Segundo Abreu e Masetto *apud* Dilly, Jesus (1995, p 28):

Buscar informações, rever a própria experiência, adquirir habilidades, adaptar-se as mudanças, descobrir significados no seres, fatos e acontecimentos, modificar atitudes e comportamentos, são condições que apontam para o sujeito como agente principal e responsável pela sua aprendizagem.

Pode-se afirmar que as ações de cuidado gerontológico realizadas, e fundamentalmente as ações educativas despertaram a compreensão dos idosos sobre o diabetes. Verifica-se o exposto nas expressões dos idosos:

*“é complicado a situação da gente, que não entende o que é essa doença e depende dos outros. Porque que ninguém nunca me explicou isso tudo? Vocês são um anjo, eu vou colaborar com vocês, eu tenho obrigação de colaborar com vocês, estão fazendo tudo que podem por mim. (ID3); “agora entendi o que é o diabetes, eu não sabia que era isso.”(ID2).*



A compreensão do diabetes, bem como aspectos do tratamento, trouxe conscientização para os idosos e aprendizado, incentivando-os à busca por uma melhor saúde. Não pode-se esquecer que “a descoberta de uma doença crônica de saúde implica em redirecionar a forma de vida e repensar sobre o cuidado que a pessoa tem consigo mesma” (FRANCIONI, SILVA, 2002, p. 39), sendo assim é essencial o despertar para a reeducação dos hábitos na busca por melhor qualidade de vida e promoção da saúde. Também é oportuno lembrar que o profissional estimula o processo de reeducação porém são as pessoas que constroem seus próprios caminhos para enfrentar as exigências e/ou consequências da condição crônica.

Por meio dos depoimentos dos idosos manifestam-se as mudanças nas suas vidas, oriundas das ações de cuidado realizadas neste estudo:

*“é atendimento personalizado, vocês me deram energia, ânimo para continuar vivendo, não quero que vocês parem de vir aqui em casa nunca!”.*

Acredita-se que o modo personalizado de atendimento às necessidades dos idosos diabéticos foi significativo para os entendimentos necessários aos cuidados com a patologia. Trata-se de modelo de capacitação que segundo WHO (2005) reconhece a qualidade dos idosos e os estímulos a manter atitudes independentes.

A OMS (2003) propõe uma estrutura pioneira no modelo de sistemas de saúde para condições crônicas, centrada no pressuposto de que excelentes resultados são obtidos quando há harmonia entre os três componentes básicos – pacientes, familiares, equipe de assistência – essa tríade funciona com mais eficiência quando cada membro é informado, motivado e capacitado para gerenciar as condições crônicas, mantendo diálogo aberto e colaborando com os demais membros da tríade. Quando a integração dos componentes é perfeita, quando o paciente e a família são participantes ativos no tratamento das condições crônicas.

Os depoimentos apontam que as ações de cuidado surtiram os efeitos iniciais desejados:

*“claro que eu posso ser feliz, pra que mais feliz que eu, agora eu tenho competência para isso. (ID1)”*; *“eu aprendi e isso me deu forças para enfrentar a doença e a vida [...] (ID2).*

Os idosos utilizaram o conhecimento e a vivência experienciada para desenvolver competências e enfrentar a sua situação de saúde/doença; confirmados nos depoimentos com o desejo de esperança na vida que se desenvolveu após as ações de cuidado gerontológico de enfermagem.

A aceitação do viver com diabetes *mellitus* é um processo que se desenvolve em etapas e que requer uma continua busca de um ambiente estimulador. Acima de tudo os idosos precisam estar bem informados sobre as condições que tem que enfrentar e a evolução provável da situação.

Os princípios do envelhecimento saudável têm como meta para os idosos a autonomia e a independência por meio de processos contínuos de educação, crescimento, atualização e realização pessoal que os incluem como membros ativos da sociedade (INOUE; PEDRAZZANI, 2007).

Ser capaz, ativo e potente na vida, mesmo tendo que conviver com uma condição crônica, significa estar desperto, aberto e sempre em movimento. Significa, também, ter a capacidade de lidar com desafios por meio da superação das condições adversas, buscando não restringir o modo de andar a vida às limitações das condições crônicas. Para isso, há necessidade de se buscarem formas de maximizar a capacidade de enfrentamento, ou seja, de potência de cada um (SOUZA; LIMA, 2007, p. 162).

Desta forma o enfermeiro precisa reconhecer que dificuldades a pessoa está enfrentando e é fundamental a conscientização de conhecer mais sobre o diabetes *mellitus* e o tratamento e evidenciar como este conhecimento permitirá trazer mais autonomia nas escolhas cotidianas (FRANCIONI; SILVA, 2002).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de cuidado gerontológico de enfermagem realizadas neste estudo, propiciaram aos idosos estímulos a promoção da sua saúde, com desenvolvimento de competências para o empoderamento. A interação entre o pesquisador e o idoso foi imprescindível para as ações de cuidado realizadas. Os idosos demonstraram, com excelência, discussões críticas e reflexivas sobre sua vivência cotidiana, e conscientização quanto a necessidade de promover melhores cuidados à doença/saúde.

Ao visitar os domicílios dos idosos, este estudo permitiu a percepção de quanto a enfermeira pode ser útil na promoção da saúde do idoso, desenvolvendo ações e cuidados desta faixa etária, na intenção de incitar competências para melhorias na saúde, estimulando mudanças de comportamento para se alcançar um estilo de vida mais saudável.

Fator essencial para atingir os objetivos foi a realização das entrevistas, que possibilitaram vínculo com aproximação interativa e de confiança junto aos idosos, o que se fortaleceu no decorrer do trabalho. No suceder do estudo, vislumbraram-se inúmeras possibilidades do uso de estratégias para desenvolver as ações de cuidado gerontológico propostas. Nesse processo considerou-se a experiência e crenças do idoso, respeitando-se seu padrão cultural familiar na sua forma de pensar e entender sua condição.

O profissional de enfermagem deve avaliar as situações apresentadas na cultura familiar, para compreender as manifestações e ajudar o idoso a envolver os familiares nas ações de cuidado gerontológico, na tentativa de desenvolver situações que auxiliem a promoção da saúde.

Cabe ao profissional de enfermagem identificar quais as crenças constrangedoras que o paciente diabético utiliza e que poderiam resultar na diminuição da sua capacidade de buscar soluções para os problemas enfrentados no controle do diabetes. Nesse sentido, uma estratégia de enfrentamento pertinente seria reforçar as crenças e atitudes facilitadoras, isto é, aquelas que podem contribuir para fortalecer a confiança na relação com a equipe de saúde, resultando em uma atitude menos ambivalente frente ao tratamento.

A adoção de ações de cuidado, quando tratadas em sua totalidade, trabalhando com os desejos, necessidades, crenças, estilos de vida e valores do idoso, reforça a visão que ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e política podem desvelar, na assistência de enfermagem prestada, “o favorecimento da atenção ao ser humano integral submetido ao seu cuidar profissional e não apenas o olhar sobre a enfermidade que o acomete” (ARAÚJO, 2005, p. 129).

O cuidado na promoção da saúde é tanto mais eficaz quanto permita o despertar das possibilidades criadoras do ser cuidado, sua liberdade individual como sujeito, que o capacite para promover transformações em seu mundo e em si mesmo. Assim realizado, o cuidado se torna dialógico, libertador e empoderador.

Corroborando com este pensamento, o empoderamento emerge como possibilidade de estímulo ao envelhecimento ativo e saudável, propiciando ao idoso com diabetes *mellitus* tipo 2 a promoção de sua saúde e enfrentamento da patologia. Promover o cuidado junto aos idosos implica no seu fortalecimento através da construção de competências para escolhas e uso do conhecimento, considerando as diferenças e singularidades dos significados na vida deles e de suas famílias.

As informações contidas neste estudo indicam que a enfermeira ao desenvolver ações de cuidado gerontológico, fundamentada na sistematização da assistência, pode encontrar diagnósticos e prescrições de enfermagem semelhantes para o idosos, porém a personalização do cuidado está na avaliação de cada situação com o “olho no olho”, envolvendo o idoso em todas as decisões e ações realizadas. Este é o real cuidado personalizado e empoderador, que coloca o idoso como protagonista das ações e está pautado pela interação e participação ativa através da aliança terapêutica entre este, o profissional e a família, aumentando as possibilidades de obtenção de sucesso nas ações realizadas.

Acredita-se que os idosos com diabetes *mellitus* tipo 2, em partes não sabem se cuidar devido simbologia de significado do cuidado. Segundo Lenardt (2001) os doentes têm o desejo de cuidar-se conforme sua ética cultural e por várias razões, principalmente os de idades mais avançadas, chegam a constituir um pequeno mundinho só seu. Desta forma ao desenvolver o cuidado gerontológico deve-se considerar a cultura familiar e considerar a participação do idoso no processo decisório.

É essencial que os profissionais desenvolvam cuidado gerontológico de enfermagem considerando como princípio fundamental envolver o idoso principalmente como protagonista e agente crítico, reflexivo e ativo, diante das tomadas de decisões que constituem estratégias centrais em todos os cuidados de enfermagem junto ao idoso com diabetes *mellitus* e o cuidado de si. Acredita-se que nas atividades desenvolvidas devem ser estimulados os sentimentos de confiança mútua, co-responsabilidade, poder compartilhado dentro de uma aliança terapêutica em busca do empoderamento dos envolvidos.

O empoderamento e o desenvolvimento de competências para tal, estão diretamente relacionados a ajudar o indivíduo no crescente controle sobre sua vida, e são campos da promoção da saúde. Segundo Oliveira *et al* (2007) o desenvolvimento pessoal e social pode

ser conquistado por meio da informação, educação para a saúde e intensificação das competências, o que possibilita a população a exercer maior controle sobre sua própria saúde. As informações e a educação auxiliam na reflexão crítica da realidade vivenciada pelos idosos, bem como no desenvolvimento de competências para mudança de hábitos de vida.

## REFERÊNCIAS

ABACI, A. *et al.* Effect of diabetes *mellitus* on formation of coronary collateral vessels. **Circulation**. v. 99, n. 17, may., p. 2239-2242, 1999.

AFIUNE NETO, A. III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção de arterosclerose do departamento de arterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 77, Supl. III, 2001.

AIRHIHENBUWA, C. O. Health promotion and the discourse on culture: implications for empowerment. **Health Education Quarterly** (Community empowerment, participatory education and health – part II) n° special, v.21, n. 3, p. 345-354, 1994.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDOZA, I. Y. Q.; FARO, A. C. M. Instrumentos de avaliação funcional de idosos submetidos a cirurgia ortopédica: revisão integrativa da literatura. **Acta Fisiatr.** v. 14, n. 2, p. 32 – 40, 2007.

ALVES, C. A. R. A visão. In: SETIAN, N.; DAMIANI, D.; DICHTCHEKENIAN, V. **Diabetes mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio**. São Paulo: Savier, 1995.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care for patients with Diabetes *Mellitus* (position statement). **Diabetes Care**, v. 25, n.1, supl 1, p. 33-49, 2002 a.

\_\_\_\_\_. Third-party reimbursement for diabetes care, self-management education, and supplies (position statement). **Diabetes Care**, v. 25, supl. 1, p. 134-135, 2002 b.

AMOS, A.; McCARTY, D.; ZIMMET, P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. **Diabet. Med.** v. 14, n. 5, p. 1-85, 1997.

ANDERSON, R. M. *et al.* **Facilitating self-care through empowerment**. In: SNOEK, F.; SKINNER, T. *Psychology in Diabetes Care*. England: John Wiley & Sons, 2000.

APÓSTOLO, J. L. *et al.* Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, jul./ago., 2007.

ARAÚJO, R. R. F. **Educação Conscientizadora na pratica do enfermeiro em hanseníase**. Ribeirão Preto, 2005. 144 fls. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ARRAES, L. *et al.* **Pé diabético**. São Paulo, 26 nov. 2001. Disponível em: <http://www.clinicasaobento.com.br>. Acesso em: 27 setembro de 2006.

AZUL, J. B. S. Hipertensão arterial no idoso. In.: BORGES, J. L. (coord.) **Manual de Cardiogeriatría**. 2 ed. São Paulo: BBS Editora, 2005.

AYKAWA, A.C.; NERI, A.L. **Capacidade funcional**. In: Néri A. L. Palavras-chave em Gerontologia. 2 ed. Campinas: Alínea, 2005.

BATTAGLION NETO, A. **O conhecimento e a pratica dos acadêmicos da educação física com atuação na saúde pública**. Ribeirão Preto, 2003. 145 fls. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARROS, R, P.; MENDONÇA R.; SANTOS, D. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

BENNETT, P. **Introdução clinica a psicologia da saúde**. Lisboa: Manuais universitários. Climepse, 2002.

BERNSTEIN, E. *et al.* Empowerment fórum: a dialogue between guest editorial board members. **Health education quartely** (Community empoderamento, participatory education and health – part II) v. 21, n. 3, p. 281-294, 1994

BIAZZI, E. **Diabetes: um guia prático**. Rio de Janeiro: Expressão e cultura, 2001.

BITTAR, R. B. M. *et al.* O metabolismo da glicose e o ouvido interno. **Arq. Fund. Otorrinolaringologia - USO**, n. 2, v. 1, p. 4-7, jan./mar., 1998.

BRADLEY, C. Measures of perceived control of diabetes. In: BRADLEY, C. **Handbook of psychology and diabetes**. **Amsterdan**. Harwood Academic Publushers, 1997.

BRANDLE, M. *et al.* The direct medical cost of type 2 diabetes. **Diabetes Care**. v. 26, n.8, Aug., 2003.

BRANNON, L.; FEIST, J. **Adhering to medical advice**. Health psichology: an introduction to behaviour and health . Third edition. USA: Brook, 1997.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de jan. 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília (DF): Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Redes estaduais de atenção a saúde do idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 11.498**, de 28 de Junho de 2007. Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de abril de 2007. (Conversão da Medida Provisória 362, de 2007. Brasília, DF, 2007.

BORDINI, P. J. Avaliação da dosagem da glicemia em jejum, como exame laboratorial de rotina na clínica odontológica universitária. **Rev. Odontol. Univ. St. Amaro**. São Paulo. v. 4, n. 1, p. 114-118, jan/jun, 1999.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000 a.

\_\_\_\_\_. **Promoción de la salud y la salud pública. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000 b.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: SBGG, 2002.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção da saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr., 1997.

CARUSO, L.; SILLIMAN, M. Diabetes *mellitus* no idoso. In: GALLO, J. J. *et al.* **Reichel**: assistência ao idoso, aspectos clínicos do envelhecimento. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.



CARVALHO, G. S. **Literácia para a saúde**: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: LEANDRO, M.; ARAÚJO, M.; COSTA, M. (org). Saúde: as teias da discriminação social. Anais do congresso internacional saúde e discriminação social. Instituto de Ciências Sociais. Braga: Universidade do Minho, 2002.

CASTILHO, C. A. G; VÁSQUEZ, M. L. El cuidado de si de La embarazada diabética como una via para assegurar um hijo sano. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. a, jan./mar., p. 74-81, 2006.

CASTRO, A. D. R. V.; GROSSI, S. A. A. Reutilização de seringas e agulhas descartáveis na aplicação de insulina pela clientela diabética: uma análise de literatura. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 77, n. 7, out, p. 22 – 28, 2004.

CAVINATTO, S. M. **Doença crônica, autocuidado e autonomia**: estudo de um processo educativo junto a pacientes com diabetes melito tipo 2. Campinas, 2003. 139 fls. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

CELLA, W.; FREITAS FILHO, J. A. Fatores de risco para retinopatia diabética no diabetes *mellitus* tipo 2: A experiência de um Hospital-escola. **JBM**. v. 81, n. 1, p. 60-73, jul., 2001.

CHIPKIN, R. S.; KLUGH, A. S.; CHASAN-TABER, L. Exercise in secondary prevention and cardiac rehabilitation, exercise and diabetes. **Cardiology Clinics**. v. 19, n. 3, p. 489-505, Aug., 2001.

CINTRA, F. P.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. **Manual prático de diagnóstico e tratamento**. 18 ed., São Paulo: Artes Médicas, 1997.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Comunicação Social. **Curitiba**. 2005. Disponível no site: <http://www.curitiba.pr.gov.br/NoticiaImprimir.aspx?n=2429>, acesso em 10/07/07.

CURITIBA. Instituto de Planejamento Urbano de Curitiba. **Diagnóstico da situação do idoso em Curitiba**: subsídios para ações integradas no setor publico. Vol. 1. Curitiba: IPPUC, 1997.

CURITIBA S. A. **Indicadores sóciodemográficos**. Curitiba: Curitiba S.A., 2005

CUSACK, S.; THOMPSON, W. **Leadership for older adults**: ageing with purpose and passion. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.

CZEPIELEWSKI, M. A. Diabetes. **Equipe ABC da Saúde**, São Paulo, v. 1, nov., 2004. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 12 de setembro de 2006.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**: Um Guia para as Enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

DE ANGELIS, K. *et al.* Cardiovascular control in experimental diabetes. **Braz J Med Biol Rev.** v. 35, n. 9, p. 1091-1100, 2002.

DIAS, M. J M. O sistema nervoso. In SETIAN, N.; DAMIANI, D.; DICHTCHEKENIAN, V. **Diabetes mellitus na criança e no adolescente**: encarando o desafio. São Paulo: Savier, 1995.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem**: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: São Paulo: ROBE, 1995.

DORNHORST, A.; ROSSI, M. Risk and prevention of type 2 diabetes in women with gestational diabetes. **Diabetes Care.** v. 21, n. 2s, p.43-49, Aug., 1998.

DOWNIE, R. S. *et al.* **Health promotion**: models and values. 2 ed. Oxford (EUA): University Press, 1999.

DUARTE, R. **Autovigilância e métodos de avaliação do controle metabólico do diabético**. In: DUARTE, R.; CALDEIRA, J. *et al* Diabetologia clinica. 3 ed. Porto: Lidel, 2002.

FAGERUDD, J. *et al.* Implementation of guidelines for the prevention of diabetes nephropathy. **Diabetes Care.** v. 27, n. 3, p.803-804, March., 2004.

FARINATTI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 1, n.1, p. 31-37, 1997.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. **Textos Didáticos**. Campinas, v. 13, n. 1, p. 49-71, mar, 1994.

FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FIGUEIRAS, M. J.; MACHADO, V. A.; ALVES, N. C. Os modelos de senso comum das cefaléias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. **Análise Psicológica**, v. 1, n. 20, p. 77-90, jan., 2002.

FIGUEIROLA, D. **Diabetes**. 3 ed. Espanha: Masson, 1997.

FONTES, W. D.; GARCIA, T. R. **Modelo metodológico de pesquisar, cuidar para a promoção da saúde e empoderamento da mulher**. In: GARCIA, T. R.; SILVA, A. T. M. C (orgs). Saúde & realidade. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. M. G. V. O processo de aceitação do viver com diabetes *mellitus*: considerações sobre a influencia do meio ambiente. **Texto Contexto Enferm.**, v. 11, n. 3, set./dez., 2002.

FRANCO, L. J. Epidemiologia do diabetes *mellitus*. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

FRANCO, J.L. *et al.* **Temas de Atualização em Diabetes Tipo 2**. Diabetes, 2000.

FREITAS, I. M. P. F. **Estudo do perfil-biopsicossocial da população diabética residente na comunidade do Dendê cadastrada o NAMI**. 2005. 201 fls. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

GARBER, A. J. Cardiovascular complications of diabetes: preventions and management. **Clinical Cornestone**. v. 5, n. 2, jan., p. 2560-2572, 2003.

GEERTZ, C. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.

GIMENES, H. T. *et al.* O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabeticos orais. **Ciência, Saúde e Cuidado**. Maringá, v. 5, n. 3, p. 317-325, set./dez., 2006.

GLASGOW, R. E.; ANDERSON, R. M. Moving from compliance to adherence is not enough. **Diabetes care**, v. 22 n. 12, p. 2090 – 2091, 1999.

GLASGOW, R. E. *et al.* Personal- model beliefs and social- environmental barriers related to diabetes self-management. **Diabetes care**, v. 20, n. 4, p. 556-561, 1997.

GOLDSTEIN, D. E. *et al.* Test of glycemia in diabetes. **Diabetes Care**. v. 26, n. 1, p. 106-108, 2003.

GOLDANI, A. M. Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidades. **Como vai? População Brasileira**. n. 3, v. 3, p. 14 – 23, dez., 1998.

GOLIN, C. E.; DIMATTEO, M. R.; GELBERT, L. The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care. **Diabetes care**, v. 9, n. 10, p. 1153 – 1154, 1996.

GOMES, M. B. Epidemiologia do diabetes tipo 2. In: BANDEIRA, F. **Endocrinologia e diabetes**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

GOMES, P. R. *et al.* São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro. v. 20., n. 3., maio/jun., p. 866 – 870, 2004.

GONZALEZ, J. N. Nefropatía diabética: una cuestión de inflamación? Hipótesis del daño renal inflamatorio en la diabetes *mellitus*. **Nefrología**. v. 23, n. 5, p. 381 - 189, 2003.

GRASSI, L. *et al.* Illness behaviour, emotional stress and psychosocial factors among asymptomatic HIV-infected patients. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 68, n. 1, p. 31-38, 1999.

GRAZIANO, R. M.; WAJCHENBERG, B. L.; SILVA, V. P. Complicações crônicas do diabetes. In: WAJCHENBERG, B. L. **Tratado de Endocrinologia Clínica**. São Paulo: Roca, 1992.

GREGHI, S. L. A. Relação entre diabetes *mellitus* e doença periodontal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** São Paulo. v. 56, n. 4, p. 265-269, jul-ago., 2002.

GROSS, J. L; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Revista Ass. Med. Brasil**. São Paulo. v. 45, n. 3, p. 279-284, jul./set., 1999.

GROSSI, S. A. A. A consulta de enfermagem a pessoa com diabetes *mellitus*. **Diabetes Clin.**, São Paulo, v.3, n.1, p. 36-39, abr., 1999.

\_\_\_\_\_. **Educação para o controle do Diabetes Mellitus**. In: Manual de Enfermagem. Disponível no site: [www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem), acessado em 26 de setembro de 2006.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BORGHI, A. C.; LENARDT, M. H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 114-124, 2006.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; ZAGONEL, I. P. S.; LENARDT, M. H. A critical analysis of gerontological nursing practice guided by leininger's theory of culture care diversity and universality. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 03, jul./set., p. 143-149, 2007.

HAMPSON, S. E.; GLASGOW, R. E.; TOOBERT, D. J. Personal models of diabetes and the relations to self-care activities. **Health Psychology**, v. 9, n. 5, p. 632-645, 1990.

HAMPSON, S. E. **Illness representations and the self-mangement of diabetes**. In: PETRIE, K. J.; WEINMAN, J. A. Perceptions of health and illness: Current Research & Applications. Singapore: Harwood Academic Publishers, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. A intervenção de enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 26, n.2, p.187-204, ago., 1992.

*INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION* (European Diabetes Policy Groupe, 1999): A desktop guide to tupe 2 diabetes *Mellitus*. **Diabet. Med.** v. 16, p. 716 – 730, 2003.

JOHNSON, M. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre o NANDA, NOC e NIC**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, p. 914-919, 1963.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. **Dibetes Care**, v. 21, p. 1414-1431, 1998.

KOHNER, E. M. *et al.* United Kingdom Prospective Diabetes Study, 30: diabetic retinopathy at diagnosis of non-insuline dependents diabetes *mellitus* and associated risk factors. **Arch. Ophthalmol.** v. 16, p. 297-303, 1998.

LANGDON, E. J. M. **A negociação do culto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico**. Florianópolis, 1994. 173 fls. Tese (Titular). Universidade Federal de Santa Catarina.

LANGER, A. *et al.* Metaiodobezylguanidine imaging in diabetes *mellitus*: assessment of cardiac sympathetic denervation and its relation to autonomic dysfunction and silent myocardial ischemia. **J. A . C. C.** v. 25, n. 3, p. 610-618, March., 1995.

LAZARUS, R. **Emotion & adaptation**. New York: Oxford, 1991.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Coping and adaptation**. In: DOYLE, G. Handbook of behavioural medicine. New York: Guilford Press, 1984.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, p. 179-186, 1969.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural nas situações cirúrgicas**. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. Florianópolis, 2001, 158 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LENARDT, M. H.; SILVA, S. C. Atividades de vida diária: vias para protelar o processo dos agravos em idosos demenciados. **Relatório final do Programa de Iniciação Científica/PIBIC/CNPq**. Curitiba: UFPR, 2007.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

LEVENTHAL, H. *et al.* **Illness representation: theoretical foundations**. In: PETRIE, K. J.; WEINMAN, J. A. Perceptions of health and illness: Current Research & Applications. Singapor: Harwood academic publishers, 1997.

LEVENTHAL, E. A.; CROUCH, M. **Are there differences in perceptions of illness across the lifespan?** In: PETRIE, K. J.; WEINMAN, J. A. Perceptions of health and illness: Current Research & Applicarions. Singapore: Harwood Academic Publishers, 1997.

LOIMAALA, A. *et al.* Exercise training improves baroreflex sensitivity in type 2 diabetes. **Diabetes**. v. 52, p. 1837-1842, July, 2003.

LYRA, R. *et al.* **Endocrinologia e diabetes**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

McFARLANE, S. I. *et al.* Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at urban academic medical centers. **Diabetes Care**, v. 525, n. 4, Apr; p. 718-723, 2002.

MARCHIORI, L. M.; GIBRIN, P. C. D. Diabetes *Mellitus*: prevalência de alterações auditivas. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 47, n. 1, p. 82-86, fev., 2003.

MARTINEZ, T. L. R.; NOVAZZI, J. P.; VALE, M. A. Obesidade e coração. **Rev. SOCESP**. v. 6, p. 391-540, 1996.

MELO, K. F. S. *et. al.* Diabetes *Mellitus*. Especial condutas. **Rev. Bras. Med**, v. 60, n. 7, p. 506-516, jul., 2003.

MENDES, I. J. M. **Promoção de saúde**: caminhando para o único. Ribeirão Preto. Tese (Livredocência). 1996. 180 fls. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de doenças crônico-degenerativas. **Manual de Diabetes**. 2 ed. Brasília (DF): MS, 1993.

\_\_\_\_\_. Coordenação de doenças crônico-degenerativas. **Diabetes Mellitus**: Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento. Brasília (DF): MS, 1996.

\_\_\_\_\_. **Educação terapêutica no diabetes mellitus**. Circular normativa nº 14/ DGCG de 12/12/2000. Direção Geral de Saúde, 2000 a.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/GM. 10/12/1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**. 1999. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br>, acesso em 17 de setembro de 2007.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MYERS, J. Personal empoderamento. In: THURZS, D. (org) The possibilities of empowerment. **Journal of the International Federation on Ageing**, v. 20, n. 1, p. 3-8, 1993.

NAVALHAS, J. C. Crise e suporte social: efeitos potenciais do suporte social. **Revista de psiquiatria**, v. 11, n. 3, p. 27-46, 1998.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION (NANDA); MICHEL, J. L. M. (trad.). **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações, 1999-2000**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

OGDEN, J. **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.

OLIVEIRA, S. F.; WAJCHENBERG, B. L. Endotélio e diabetes. In: LUZ, P. L.; LAURINDO, F. R. M.; CHAGAS A. C. P. **Endotélio – doenças cardiovasculares**. São Paulo: Atheneu, 2003.

OLIVEIRA, S. H. S. *et al.* Estratégias de enfrentamento da pobreza e a sua interface com a promoção da saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 15 (número especial), set./out., 2007.

OLIVEIRA, T. C.; ARAUJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. Avaliação de fatores de risco para alterações cardiovasculares e de alterações oculares em grupo de idosos. **Revista Nursing**, São Paulo. v. 56, n. 6, jan., p. 15-21, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**. Primeira conferencia internacional sobre promoção da saúde. Genebra: OMS, 1986. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/cartas/carta%20de%20ottawa.htm>. Acesso em 20 setembro de 2006.

\_\_\_\_\_. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 3 ed. São Paulo: Santos, 1991.

\_\_\_\_\_. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. OMS: Brasília, 2003.



\_\_\_\_\_. **Key Informant Survey.** Disponível em [www.3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,survey&language=english](http://www.3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,survey&language=english). Acesso em 10 de agosto de 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. **Promoción de la salud:** uma antologia. Washington: OPS, 1996.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto. v. 15 (número especial), set./out., 2007.

PAIVA, M. F. **Idoso em Curitiba:** avaliação das condições de vida – Relatório de pesquisa. Curitiba: IPPUC, 2006.

PAÚL, C.; FONSECA, A. M. **Psicossociologia da saúde.** Lisboa: Climepsi, 2001.

PEDROSA, H. C.; Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. **Consenso Internacional sobre o pé diabético.** Brasília: Pioneiras Sociais, 1999.

PEREIRA, R. J. *et al.* Características Demográficas e Socioeconômicas da População Idosa Brasileira. **O mundo da saúde.** São Paulo, v. 29, n. 4, p. 585-593, out./dez., 2005.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PESTALOZZI, M. S. C. *et. al.* Nefropatia Diabética. In: WAJCHENBERG, B. L. **Tratado de Endocrinologia Clínica.** São Paulo: Roca, 1992.

PEYROT, M.; RUBIN, R. R. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. **Diabetes Care,** v. 20, n. 4, p. 585-590, 1997.

PINHEIRO, N. Cuidados com o coração. **Revista Medicina Social,** n. 199, out./nov./dez., p. 9-10, 2007.

POLONSKY, W. H. Psychosocial issues in diabetes *mellitus*. In: GATCHEL, R. J.; BLANCHARD, E. B. **Psychological Disorders**, p. 357-375, 1993.

PORTERO, K. C. C.; CUELHAR, K. C. Aspectos atuais no tratamento dietético de pacientes com diabetes *mellitus* Tipo 2. **Nutrição em pauta**, p. 12-16, mar/abr., 2004.

PORTO, C. C. **Exame Clínico**: bases para a prática médica. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PUGLISI, M. L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

RABELO, E. R. *et al.* O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 15, n. 1, jan./fev., p. 165-170, 2007.

RAMIREZ, G. O.; DUQUE, I. D. E. Alteraciones celulares y capilares en la patogénesis de la retinopatía diabética. In: RULL, J. A.; ZORRILLA, E.; JADZINSKY, M.; SANTIAGO, J. V. **Diabetes Mellitus, complicaciones crónica**. México: Interamericana. Mcgraw-Hill, 1992.

REWORÊDO, W; BANDEIRA, F. Neuropatia autonômica. In: BANDEIRA, F. **Endocrinologia e diabetes**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RIBEIRO, J. L. P. **Psicologia e saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

RIBEIRO, R. C. L. *et al.* Envelhecimento na perspectiva de gênero. **O mundo da saúde**. São Paulo, ano 26, v. 26, n. 4, out./dez., 2002.

RIOS, M. G.; DURRUTY, P. Relación entre la hiperglucemia y las complicaciones crónicas de la diabetes. In: RULL, J. A; ZORRILLA, E.; JADZINSKY, M.; SANTIAGO, J. V. **Diabetes Mellitus, complicaciones crónica**. México: Interamericana. Mcgraw-Hill, 1992.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSMOND, R. Role of stress in the pathogenesis of metabolic syndrome. **Psychoneuroendocrinology**. n. 30, p. 1-10, 2005.

RUIZ, M. Evolución clínica de la diabética. In: RULL, J. A; ZORRILLA, E.; JADZINSKY, M.; SANTIAGO, J. V. **Diabetes Mellitus, complicaciones crónica**. México: Interamericana. Mcgraw-Hill, 1992.

SAFAR, M. Fatores mecânicos preditores do risco cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 11, n. 13, p. 175-179, 2004.

SANTANA, M. G. **O corpo do ser diabético**: significados e subjetividades. Florianópolis (SC). Tese (Doutorado). 231 fls. Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

SANTOS, E. C. B.; *et al.* O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v 13, n 3, p. 397-406, mai./jun, 2005.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, famílias e cultura**: um estudo sobre a construção do papel de cuidador. Campinas, SP: Alínea, 2003.

SARAFINO, E. P. **Health psychology**: biopsychosocial interactions. 4 ed. New York: John Wiley & Sons, 2002.

SARAIVA, S. Neuropatia Diabética. In: WAJCHENBERG, B. L. **Tratado de Endocrinologia Clínica**. São Paulo: Roca, 1992.

SCHAAN, B.; NEUMANN, C.; SCHMID, H. Repercussões das alterações da inervação autonômica do diabetes *mellitus*. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 6, n. 3, p. 267- 276, jul/set., 1999.

SCHERRER, U. *et al.* Body fat and sympathetic nerve activity in health subjects. **Circulations.** v. 89, p. 2634-2640, 1994.

SETIAN, N. *et al.* Principais complicações e como preveni-las. In: SETIAN, N.; DAMIANI, D.; DICHTCHEKKENIAN, V. **Diabetes Mellitus na criança e no adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1995.

SILVA, D. M. G. V. **A construção da experiência de estar em condição crônica de saúde**. Florianópolis: UFSC, 1997. (Projeto qualificação Doutorado). Pós Graduação em Enfermagem: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

SILVA, T. *et al.* Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 184-189, abr, 2000.

SIMA, A. F. Diabetic neuropathy in type 1 and type 2 diabetes and effects of Cpeptide. **Journal of the Neurological Sciences**. n. 220, p. 133-136, 2004.

SIMÕES, C.; BANDEIRA, F. Patogênese, classificação e diagnóstico do diabetes *mellitus* tipo 2. In: BANDEIRA, F. **Endocrinologia e diabetes**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SOARES, M. C. *et al.* O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In: RIBEIRO, J. L. **Anais do 2º congresso nacional de psicologia e saúde**. Brasília, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. 2002. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 21 abr 2006.

SONE, H. *et. al.* Energy intake and obesity in Japanese patients with type 2 diabetes. **The Lancet**. v. 363, n. 17, p.248- 249, jan., 2004.

SOUSA, M. R. M. G. **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados a adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2**. Braga, 2003. Dissertação (Mestrado). 178 fls. Braga: Universidade do Minho.

SOUZA, S. P. S.; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potencia de agir e ser feliz. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 15, n. 1, jan./fev., 2007.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 15, n. 2, mar./abr., 2007.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando (EUA): Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos relacionados à promoção da saúde**. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional e Saúde Pública. 105 fls.

TELAROLLI, JUNIOR. R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 30, n. 5, p. 485 – 498, 1996.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885 – 895, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

\_\_\_\_\_. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente assistencial. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 10, n. 1, jan./abr., 2001.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa e assistência**: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-78, jul./dez, 1992.

TRENTINI M. *et al.* Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas em condições crônicas de saúde. **Rev. Lat-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 38-45, jan./fev., 2005.

VALLE, E. A. *et al.* A adesão ao tratamento. **Rev. Bra. Clin. Ter.**, São Paulo, v. 26, n.3, p.83-86, mai, 2000.

VALENSI, P.; PARIÈS, J.; ATTALI, J. R. Cardiac Autonomic neuropathy in diabetic patients: influence of diabetes duration, obesity, and microangiopathic complications - The french multicenter study. **Metabolism**. v. 52, n. 7, p. 815-820, Jul, 2003.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empoderamento e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social e da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**: seguridade social e cidadania. v. 21, n. 65, p. 45-53, 2001.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

WAJNGARTEN, M.; SILLOS, R. C. Idoso diabético. **Hipertensão e diabetes**. São Paulo: Lemos, 2001.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. **Health Education Quarterly**. v. 21, n. 2, p. 114 – 148, 1994.

WIKBLAD, K. Patients perspectives of diabetes care and education. **Journal of Advanced Nursing**, São Paulo, v. 16, p. 837-844, 1991.

WILLIAN, V.; TAMBORLANE, M. D. Implications and results of diabetes control and complications trial. **Pediatric Clinics of North America**. v. 44, n. 2, p. 285-300, 1997.

WHITE, N. H. *et al.* Beneficial effects of intensive therapy of diabetes during adolescents: Outcomes after the conclusion of the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). **The Journal of Pediatrics**. v. 139, n. 6, p. 804 – 812, 2001.

WOLPERT, H. A.; ANDERSON, B. D. Young adults with diabetes. **Diabetes Care**. v. 24, n. 9, p. 1513-1514, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca, 2002.

YAMAGUCHI, C.; GUEDES, N. R. Surdez: causas e consequências. **Lato & Sensu**. Belém. v. 5, n. 2, p. 144-147, nov., 2004.

ZANETTI, M. L. **O cuidado com a pessoa diabética no centro educativo de enfermagem para adultos e idosos**. Ribeirão Preto (SP), 2002. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ZIEGLER, D. Diabetic cardiovascular autonomic neuropathy: prognosis, diagnosis and treatment. **Diabetes/Metabolism Reviews**. v. 10, n. 4, p. 339-383, 1994.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo descritivo intitulado “**O CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM SUBSIDIANDO O EMPODERAMENTO DO IDOSO COM DIABETES *MELLITUS***”. O objetivo desta pesquisa é: Desenvolver processo de cuidado gerontológico de enfermagem com idosos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, visando à promoção da saúde, por meio de estratégia de empoderamento.

Para desenvolver o estudo serão realizadas entrevistas gravadas, ações educativas, individualmente no domicílio. Caso você aceite participar da pesquisa seu nome será mantido em anonimato, e as informações obtidas com esta entrevista serão divulgadas em meios científicos.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou desistir a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e/ou não terá seu atendimento de saúde prejudicado, de nenhuma maneira.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar do estudo.

Data \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado:

\_\_\_\_\_

Nome do entrevistador:

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE 2

**ROTEIRO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS**

**PARTE I – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Identificação para a pesquisador: Nº 01 Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Acompanhante: ( ) sim ( ) não Grau de parentesco, nome e idade: \_\_\_\_\_

**Perfil socioeconômico**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Peso/Altura: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Aposentado: ( ) sim ( ) não Ocupação profissional (se tiver): \_\_\_\_\_

Renda média da família: \_\_\_\_\_

Origem da renda: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Procedência (local de nascimento e/ou moradia): \_\_\_\_\_

Com quem você mora: \_\_\_\_\_ Existem crianças e/ou adolescentes na casa: \_\_\_\_\_

Você tem na sua residência: ( ) geladeira ( ) computador ( ) telefone fixo

( ) telefone celular ( ) fogão ( ) televisão ( ) TV a cabo ( ) carro ( ) moto

Você participa de algum grupo? \_\_\_\_\_ Se sim qual: \_\_\_\_\_

**Perfil clínico**

Tipo do diabetes: \_\_\_\_\_

Quanto tempo sabe que tem diabetes: \_\_\_\_\_

Alguém na sua família teve/tem diabetes: \_\_\_\_\_ Quem: \_\_\_\_\_

Tipo do tratamento: \_\_\_\_\_

Se tomar medicação, qual é: \_\_\_\_\_

Alguém te ajuda com o tratamento: \_\_\_\_\_

Faz regime alimentar: ( ) sim ( ) não

Quem prepara as refeições na sua residência: \_\_\_\_\_

O senhor (a) tem: ( ) muita vontade de urinar ( ) muita sede ( ) cansaço

( ) perda de peso ( ) dificuldade visual ( ) urina espumosa ( ) ferida na pele

Qual foi a última vez que o senhor (a) teve atendimento de saúde: \_\_\_\_\_

Alguém já explicou o que é o diabetes para o senhor (a): \_\_\_\_\_ Quem: \_\_\_\_\_

---

**PARTE II – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**


---

**Consulta de Enfermagem**


---

**I – Dados do Paciente**

Doença associada ao diabetes *mellitus*: ( ) sim, se sim, qual: \_\_\_\_\_  
 ( ) não

---

**II – Sintomas de complicações agudas**

Cetoacidose diabética: ( ) não ( ) sim, se sim, quais sintomas: \_\_\_\_\_

Hipoglicemia: ( ) não ( ) sim, se sim, quais sintomas: \_\_\_\_\_

---

**III – Risco para complicações**
**Hipoglicemia**

- ( ) Paciente idoso em uso de sulfoniluréia;
- ( ) Omissão alimentar;
- ( ) Não realização de exercícios físicos regularmente;
- ( ) Atraso no horário das refeições e/ou não tem horário regular para refeições;
- ( ) Vômitos e/ou diarreia; ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Cetoacidose Diabética:**

- ( ) Doença febril aguda;
  - ( ) Suspensão de insulino-terapia;
  - ( ) Uso concomitante de medicações hiperglicemiantes
  - ( ) Disglicemia
- 

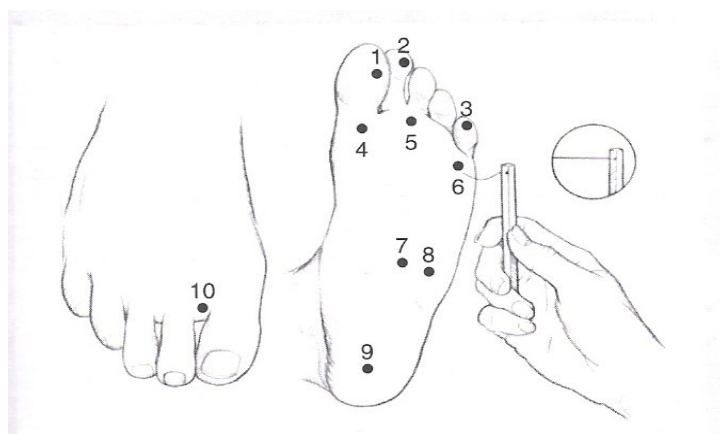
IV – Avaliação da Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Horário: \_\_\_\_\_

---

**V- Exames dos pés:**

- ( ) Lesões;
  - ( ) Calosidades;
  - ( ) Fissuras;
  - ( ) Rachaduras;
  - ( ) Deformidades;
  - ( ) Onicomicose;
  - ( ) Insensibilidade;
  - ( ) Ausência de pulsos periféricos;
  - ( ) Outras observações: \_\_\_\_\_
- 

**VI - Teste de Semmes-Weinstein (HESS, 2002)**



NÚMERO DO LOCAL (PÉ)	RESULTADO	
	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
1	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
2	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
3	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
4	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
5	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
6	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
7	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
8	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
9	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)
10	( ) + (positivo para sensibilidade)	( ) - (negativo para sensibilidade)

#### VII – Fatores de risco para o desenvolvimento de “pé diabético”

- ( ) Antecedentes de ulcera plantar;  
 ( ) Calosidades;  
 ( ) Uso de calçados inadequados;  
 ( ) Lesões não ulcerativas;  
 ( ) Baixa acuidade visual; ( ) outros fatores: \_\_\_\_\_

#### VIII – Integridade Cutânea:

- ( ) Preservada ( ) Não preservada, locais: \_\_\_\_\_

#### IX – Adesão ao tratamento não medicamentoso:

- ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual tipo: ( ) Alimentação ( ) Atividade Física ( ) Outros: \_\_\_\_\_

#### X – Acompanhamento do diabetes

- ( ) US;  
 ( ) Em outros locais: \_\_\_\_\_

## XI – Avaliação da glicemia:

Horário: \_\_\_\_\_ Valor da glicemia: \_\_\_\_\_

## XII - Profissionais que atendem o idoso:

- ( ) Médicos generalistas;  
 ( ) Médicos especialistas. Se sim qual especialidade: \_\_\_\_\_;  
 ( ) Enfermeiros;  
 ( ) Nutricionistas;  
 ( ) Fisioterapeutas;  
 ( ) Educador físico;  
 ( ) Psicólogo;  
 ( ) Assistente social; ( ) outros: \_\_\_\_\_

XIII – Atividades básicas da vida diária (ABVD) – Índice de **Katz** :

<b>BANHO</b> – sem ajuda ou apenas para uma parte do corpo	( ) Sim	( ) Parcialmente	( ) Não
<b>VESTIR</b> - sem ajuda ou apenas para amarrar o sapato	( ) Sim	( ) Parcialmente	( ) Não
<b>TOALETE</b> -arruma-se sem ajuda	( ) Sim	( ) Parcialmente	( ) Não
<b>MOBILIDADE</b> – sai da cama ou da cadeira sem ajuda	( ) Sim	( ) Parcialmente	( ) Não
<b>CONTINÊNCIA</b> - controla a micção e a evacuação	( ) Sim	( ) Parcialmente	( ) Não
<b>ALIMENTAÇÃO</b> - alimenta-se sem ajuda ou ajuda apenas para cortar a carne.	( ) Sim	( ) Parcialmente	( ) Não

**TOTAL DE “SIM”s :** \_\_\_\_\_ = **Índice de Katz** : \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES:

XIV – Atividades instrumentais da vida diária (AIVD) – Índice de **Lawton & Brody**

Prepara os alimentos	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Faz compras	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Toma as medicações	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Faz as tarefas domésticas	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Sai de casa e usa algum transporte	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Administra dinheiro	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Usa o telefone	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz
Lavar e passar a roupa	( ) Sem ajuda	( ) Com ajuda parcial	( ) Incapaz

**TOTAL DE “Sem ajuda”:** \_\_\_\_\_ **TOTAL de “Com ajuda parcial”:** \_\_\_\_\_

**Índice de Lawton:** \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES:

## OBSERVAÇÕES GERAIS:



## APÊNDICE 4

## DIÁRIO SOBRE APLICAÇÃO DA INSULINA

[illegible]

**DIÁRIO SOBRE VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA (verso da folha apêndice 4)**[illegible]

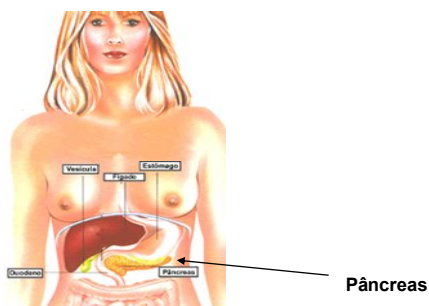
## ÁLBUM SERIADO PARTE 1

DIABETES *MELLITUS*ÁLBUM SERIADO  
ORIENTAÇÕES 1º PARTE

Projeto de:  
KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT  
MARIA HELENA LENARDT

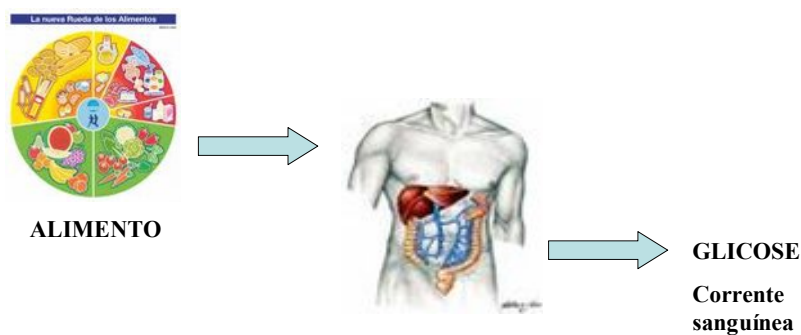
## O QUE É DIABETES?

O Diabetes *Mellitus* é um distúrbio causado pela falta absoluta ou relativa de insulina no organismo. A causa é a deficiência do hormônio da insulina, produzido pelo pâncreas.

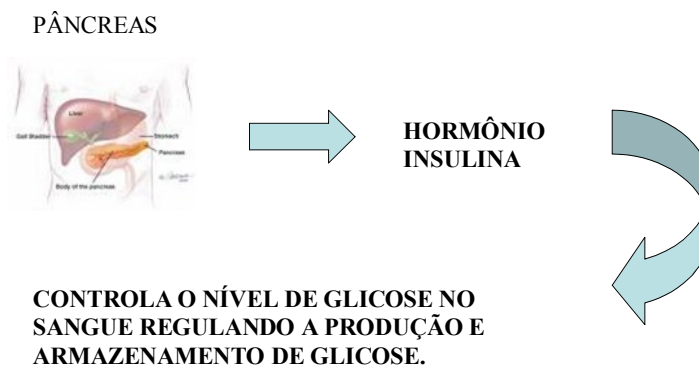




## FORMAÇÃO DA GLICOSE

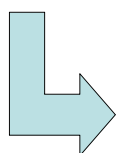


## CONTROLE DA GLICOSE

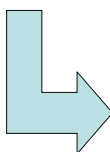


## DIABETES – TIPO I E II

### Diabetes



↓ resposta à insulina ou pára de produzir = Hiperlicemia.



Diabetes tipo I – Falta completa do hormônio da insulina (crianças, jovens, adultos jovens);

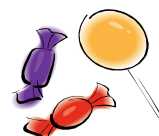
Diabetes tipo II - combinação da diminuição da insulina com uma resposta reduzida do corpo a este hormônio, o que comumente é chamado de resistência à insulina (após 40 anos).

## CAUSAS DA DIABETES

- HEREDITARIEDADE



- FATORES AMBIENTAIS



- DIABETES SECUNDÁRIO



- STRESS



## SUSPEITAS SINAIS E SINTOMAS



## DIAGNÓSTICO DO DIABETES

- TESTE DE GLICOSE
- TESTE DE URINA
- TESTE DE TOLERÂNCIA ORAL A GLICOSE



**REVISANDO O APRENDIZADO**

- 1) O que é o diabetes?
- 2) Qual órgão do nosso corpo está envolvido na ocorrência do diabetes?
- 3) Existem quantos tipos de diabetes, e qual é o seu tipo? Por quê?
- 4) O que causa o diabetes?
- 5) Quais são os sinais e sintomas principais suspeitos que a pessoa está com diabetes?
- 6) Como é realizado o diagnóstico do diabetes?

## ÁLBUM SERIADO PARTE 2

DIABETES *MELLITUS*ÁLBUM SERIADO  
ORIENTAÇÕES 2º PARTE

Projeto de:  
KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT  
MARIA HELENA LENARDT

## TRATANDO O DIABETES

Doença crônica – não tem cura

A eficácia do tratamento depende da reação de cada  
pessoa.

Tratamento do diabetes pode ser :

Dieta



Comprimido



Insulina



## DIETA

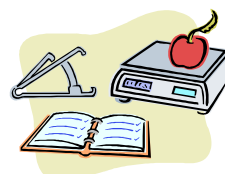
Não significa seguir uma dieta rigorosa e complicada



Insulina e alimentação tem que combinar!

## DIETA

Você deve estar atento a:

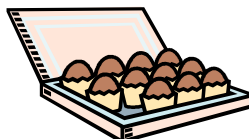


- Realizar as refeições com intervalos regulares (você deve fazer uma refeição ou um lanche a cada 2 ou 3 horas);
- Deve realizar a aplicação da insulina em horários perto aos das refeições.

## DIETA

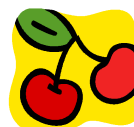
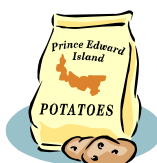
- O diabético deve cuidar dos carboidratos

- **Açúcares:**



Ação rápida - devem ser evitados porque a glicose entra em seu fluxo sanguíneo muito rápido.

- **Amido:**

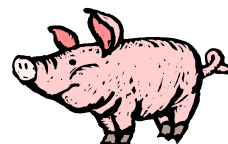


Ação mais lenta e uma boa fonte de energia - tente incluir algum deles em cada refeição.

## DIETA

- Gorduras devem ter especial atenção

- **Saturadas:**



Podem causar problemas circulatórios. Todos precisam diminuir a ingestão destas gorduras.

- **Não saturadas:**



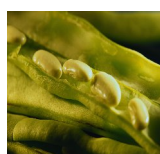
estas gorduras são ligeiramente melhores que as gorduras saturadas.

## DIETA

- As fibras merecem atenção na dieta

– solúveis

Dissolvem na água e retardam a absorção de alimentos



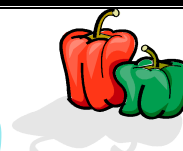
– insolúveis

Não são digeridas e ajudam a prevenir a constipação



## DIETA

- Limite o uso do Sal
- Tentar manter o seu peso ideal;
- Eliminar alimentos gordurosos e frituras de sua dieta;
- Eliminar lanchinhos como salgadinhos e biscoitos, troque por frutas;
- Coma refeições com intervalos regulares;
- Faça exercícios físicos sempre que puder;
- Inclua alimentos que contenham amido (carboidrato) em cada refeição, escolhendo sempre os que contem muita fibra;
- Diminua a ingestão de açúcares ou de comidas com açúcar.





## COMPRIMIDOS

- O tratamento com comprimidos inclui quatro tipos de drogas:

- 1) sulfoniluréias,
- 2) biguanidas,
- 3) acarbose;
- 4) tiazolidine – dionas,



Nome genérico de agentes orais hipoglicemiantes.

## INSULINA

- **Tipo de insulina?**

- A insulina de ação lenta é sempre transparente ou incolor;
- Outras duas (ação rápida e intermediária) são turvas porque contêm aditivos que diminuem o tempo de absorção na via subcutânea.



A combinação da insulina transparente com a turva pode ocorrer, porém deve-se tomar o cuidado de aspirar sempre a transparente primeiro, para não contaminá-la com a turva.

Existe também um tipo de insulina que já vem pronta, misturado a transparente e a turva.

## INSULINA

- **Porque várias injeções de insulina diariamente?**



- O que se tenta com as injeções de insulina é reproduzir o padrão normal de produção de insulina pelo pâncreas.
- Nas 24 horas do dia sempre é possível encontrar insulina na corrente sanguínea.
- Seguir as orientações médicas, se não se sentir bem, anotar sintomas e procurar serviço de saúde.



## INSULINA

- **Como e onde deve ser injetada a insulina?**



- Os locais adequados para injetar a insulina são: Coxas (parte anterior); Nádegas (parte lateral); Abdômen (região central); Braços (partes laterais).

- Evitar aplicar sempre no mesmo local.



# INSULINA

- **Armazenamento da insulina?**



- A insulina fechada deve ser armazenada entre 2°C a 8°C e possui validade de dois anos.



- Na geladeira, a insulina não pode ficar próxima às placas de refrigeração ou no congelador.
- Não se pode expor o medicamento à luz solar, ou guardar os frascos sobre a televisão, microondas e em ambientes quentes (próximo ao fogão, por exemplo).



## REVISANDO O APRENDIZADO

- 1) Como o diabetes pode ser tratado?
- 2) O que é importante cuidar na dieta do diabético?
- 3) Quais alimentos são bons para o diabético?
- 4) O que a insulina faz em nosso corpo?
- 5) Onde deve ser injetada a insulina?
- 6) Como deve ser armazenada a insulina?

## ÁLBUM SERIADO PARTE 3

DIABETES *MELLITUS*ÁLBUM SERIADO  
ORIENTAÇÕES 3ª PARTE

Projeto de:  
KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT  
MARIA HELENA LENARDT

## NÍVEIS DE GLICOSE

*Quando você faz o teste de glicemia está  
medindo a eficácia da última dose de insulina.*



## HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia significa baixa glicose sanguínea.



Sintomas:

- Sentir suor frio;
- Tremer e sentir-se fraco;
- Formigamento em torno dos lábios;
- Sentir fome;
- Sentir a visão embaçada;
- Sentir-se irritado ou com raiva;
- Dificuldade em concentrar-se;
- Ficar pálido;
- Ficar sonolento (e perder a consciência se nada for feito):  
se o nível cair mais ainda, é possível que a pessoa fique inconsciente (coma).



## HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia pode ser causada por:

- Comer fora do horário (se precisar leve um pequeno lanche, sempre carregue algum alimento);

- Exercício inesperado, tal como correr;



- Tomar bebidas alcoólicas em demasia. Quando seu fígado tem que metabolizar a bebida alcoólica ele não consegue produzir a insulina.

## HIPOGLICEMIA

Quanto sentir que esta ficando com hipoglicemia, tente resolver assim:

- Coma algum carboidrato de ação rápida, tal como bala, biscoito, ou outra substância que tenha glicose;
- Logo depois coma algum carboidrato de ação lenta como, por exemplo, torrada;
- Se possível, verifique o nível de glicose;
- Se mesmo assim os sintomas não passarem, procure o serviço de saúde.
- Lembre-se que bebidas dietéticas contém adoçantes e não açúcar, sendo assim não ajuda para melhorar a hipoglicemia.



## COMPLICAÇÕES DO DIABETES

As partes do corpo que podem ser afetadas com complicações do diabetes são:

- Olhos;
- Rins;
- Nervos periféricos dos braços, mãos, pés e pernas;
- Pele;
- Grandes vasos.

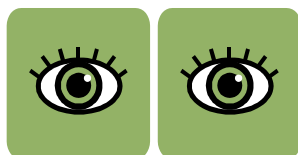


- **Todas as complicações podem ser evitadas com o controle da glicemia.**

## COMPLICAÇÕES DO DIABETES

### OLHOS

- Embaçamento temporário até os efeitos mais sérios da retinopatia (lesão da camada sensível a luz, na parte posterior dos olhos), que podem causar a **cegueira**.



## COMPLICAÇÕES DO DIABETES

### RINS

- O diabetes pode lesar estes filtros, pelo acúmulo de glicose nos pequenos vasos sanguíneos, que formam os filtros. Quando os rins ficam lesionados, chamada **insuficiência renal**

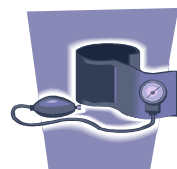






## CUIDADOS COM O DIABETES

- Cuidados com os pés;
- Dieta alimentar saudável e adequada;
- Aplicação da insulina na dosagem e horário recomendado;
- Alteração do local de aplicação da insulina;
- Armazenamento adequado da insulina;
- Verificação da glicemia e pressão arterial;
- Estar atento aos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Compreender o que o diabetes faz no seu organismo.



**Você tem uma doença que pode ser controlada, e isto depende de você mesmo! Então cuide-se!**



### REVISANDO O APRENDIZADO

- 1) É importante verificar os níveis de glicose? Por quê?
- 2) O que é hipoglicemia? O que podemos fazer para prevenir a hipoglicemia?
- 3) Quais são as complicações do diabetes que podem ocorrer?
- 4) Todos os diabéticos desenvolveram as complicações? Por quê?
- 5) Como podemos evitar as complicações do diabetes?
- 6) Quais os cuidados que deve-se ter com os pés?
- 7) Como o diabético pode se cuidar? Ele pode ser feliz?

**APÊNDICE 8****ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO UTILIZADO NA ENTREVISTA\***

- 
01. O que o senhor (a) sabe sobre a doença do diabetes?
  02. Como o senhor (a) soube que era portador da doença?
  03. O senhor (a) sabe o que o diabetes faz no seu corpo?
  04. A doença atrapalhou/continua atrapalhando o seu modo de viver?
  05. Teve algum acidente depois de saber da doença?
  06. Sente que as pessoas tiveram/tem preconceito? Se sim quem tem preconceito?
  07. Em relação à alimentação tem alguma dúvida?
  08. O senhor (a) faz dieta alimentar? Se sim, como é a sua dieta?
  09. O senhor (a) sente alguma coisa diferente, principalmente depois que soube que tem diabetes?
  10. O senhor (a) faz algum cuidado especificamente pensando no diabetes?
  11. O que uma pessoa com diabetes deve fazer para cuidar-se bem?
  12. Gostaria de fazer alguma pergunta?
- 

\* Entrevista realizada após as ações de cuidado gerontológico de enfermagem.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

## QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA DOENÇA (IDENTIDADE) (IPQ-R)

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença (diabetes). Por favor indique **marcando com um círculo** (no sim ou no não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela.

	Desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma			Este sintoma esta relacionado com a minha doença	
<b>Dores</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Dores de garganta</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Náuseas</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Falta de ar</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Perda de peso</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Fadiga (cansaço)</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Rigidez das articulações</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Olhos inflamados</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Dificuldade em respirar</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Dores de cabeça</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Indisposição de estômago</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Dificuldade em dormir</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Tonturas</b>	Sim	Não		Sim	Não
<b>Perda de forças</b>	Sim	Não		Sim	Não

Fonte: Moss - Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick. Versão traduzida e adaptada por Figueiras, Machado & Alves (2002).

## ANEXO 2

## QUESTIONÁRIO DA ANSIEDADE (HADS)

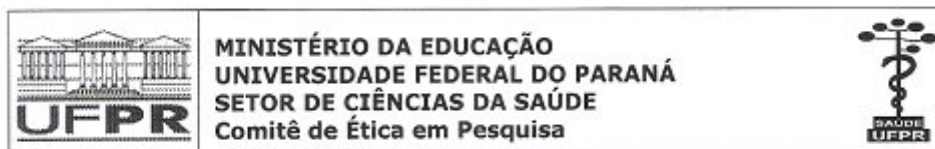
Leia cada frase e assinale com uma cruz (X) a resposta que mais se aproxima da forma **como se tem sentido na última semana**. Não passe muito tempo com cada resposta; a sua reação imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exata do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

**Sinto-me tenso:**A maior parte do tempo ☐Muitas vezes ☐De vez em quando, ocasionalmente ☐Nunca ☐**Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:**Tanto como gostava ☐Não tanto como gostava ☐Só um pouco do que gostava ☐Quase nada como gostava ☐**Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**Sim, e muito forte ☐Sim, mas não muito forte ☐Um pouco, mas isso não me preocupa ☐Não, de maneira nenhuma ☐**Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas:**Tanto como costumava conseguir ☐Agora, não tanto como costumava conseguir ☐Definitivamente, não tanto como costumava conseguir ☐Não, de maneira nenhuma ☐

Fonte: Zigmond & Snaith, versão traduzida e adaptada por McIntyre *et al.* *apud* Sousa (2003).

## ANEXO 3

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Curitiba, 03 de outubro de 2006.

Ilmo (a) Srs. (a)  
Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt  
Nesta

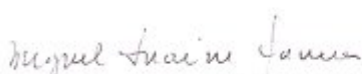
Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA CULTURAL AO IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. Foi apresentado, analisado e aprovado com pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião do dia 26 de setembro de 2006. Pendências apresentadas, documentos analisados e projeto aprovado em 02 de outubro de 2006.

Registro CEP/SD: 306 SM 087-06-09 FR: 107903 CAAE 0007.0.0.085.091.0

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução 196/96 CNS, manifesta-se em solicitar ao pesquisador que: informe a este CEP, os eventos adversos, inclusão, exclusão, cancelamento, interrupção, qualquer alteração, bem como, o relatório de conclusão da pesquisa.

Atenciosamente

  
Prof. Dr. Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Endereço: Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240  
Fone/fax: 41-3360-7259 – e-mail: cometica@saude.ufpr.br